LA

CONSTIPATION HABITUELLE
SON TRAITEMENT

PAR

GEORGE HERSCHELL M. D.

Membre de la Société royale de médecine et de chirurgie ;
Médecin en chef
de l'hôpital national des maladies du cœur :
Ancien médecin du West End Hospital.

TRADUIT DE LA 2e ÉDITION ANGLAISE

PAR

MICHEL COHENDY

Médecin aux Eaux de Châtel-Guyon.

PRÉFACE

DE

ALBERT MATHIEU

Médecin de l'hôpital Andral.

PARIS
OCTAVE DOIN ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

—

1900

PRÉFACE DE LA DEUXIÈME ÉDITION

Étant donné le court espace de temps qui s'est écoulé depuis la publication de la première édition, aucun changement important n'a été nécessaire. Le texte a été revu avec soin et quelques légères additions y ont été apportées. Elles visent moins à épuiser la question de la constipation, — car le livre n'a pas cette prétention, — qu'à insister sur certaines méthodes de diagnostic et de traitement.

GEORGE HERSCHELL.

76, Wimpole Street.
Cavendish Square.
Londres, Juillet 1899.



PRÉFACE

DU DOCTEUR A. MATHIEU

Personnellement j'ai lu avec intérêt et profit le petit volume de M. George Herschell sur le traitement de la constipation habituelle. Je me crois donc autorisé à écrire les quelques lignes d'introduction qu'a bien voulu me demander M. Michel Cohendy et signaler sa traduction à l'attention des médecins français.

Les deux idées principales qui ont présidé à la conception de ce travail me paraissent toutes les deux très justes.

La constipation est un syndrome dont le mécanisme n'est pas toujours identique ; dans chaque cas particulier, il importe de déterminer quels sont les facteurs pathogéniques qui entrent en jeu ; nous n'en sommes plus au temps où constipation habituelle et atonie intestinale représen-

taient deux expressions à peu près équivalentes. Nous savons. par exemple, que le retard dans l'évacuation des matières fécales peut être dû au spasme de segments plus ou moins étendus du gros intestin. D'autre part on tend de plus en plus à reléguer à l'arrière-plan et même à abandonner complètement la médication de la constipation pour mettre en première ligne son traitement hygiénique et mécanique.

Ces deux tendances sont nettement indiquées dans le travail de M. Herschell. Il montre bien tout d'abord que le diagnostic de la variété clinique de la constipation doit être établi avec soin. Dans la partie thérapeutique, il donne toute l'importance qu'elle mérite au traitement de la constipation par les moyens mécaniques. Il insiste surtout sur l'emploi des grands lavages répétés, de l'électrisation et du massage vibratoire. Il décrit avec détails les instruments qu'il emploie et la technique dont il se sert habituellement. Tout cet exposé témoigne d'une ingéniosité particulière.

Sans doute on pourrait çà et là faire quelques critiques ; ainsi nous ne sommes pas très convaincu que. pour *déblayer* le gros intestin d'un

constipé rebelle à tous les autres moyens il soit indispensable de se servir à chaque séance de 4 ou 5 litres d'eau ; mais en revanche, nous approuvons fort le conseil donné de ne faire de grandes injections par la voie rectale que lentement, à faible pression.

M. George Herschell n'a pas eu la prétention d'épuiser la question de la séméiologie et du traitement de la constipation habituelle : les lecteurs de son travail regretteront certainement qu'il ait cru devoir se tenir dans des limites aussi réservées. Ils y trouveront en tout cas des indications fort justes sur la façon dont doit être actuellement envisagée la question, et des données intéressantes sur le traitement mécanique de la constipation par des procédés nouveaux. Il est bon que cette mécano-thérapie ne devienne pas le domaine exclusif de praticiens sans diplôme, imprudents quelquefois par ignorance et par présomption.

LA

CONSTIPATION HABITUELLE

SON TRAITEMENT

Nous avons fait porter nos observations sur ce sujet : « la constipation », parce que nous considérons qu'une étude sur une affection commune nous aidera beaucoup plus dans la pratique journalière de notre profession qu'une dissertation académique sur un sujet plus abstrait. Aussi, le but que nous nous proposons est-il plus particulier ; c'est de montrer que la constipation n'est pas une maladie, à vrai dire, mais le symptôme d'une grande variété d'affections.

Ce n'est qu'un symptôme et cependant il ne faut pas en tenir peu de compte ; en effet, chaque cas qui se présente à nous, mérite une étude attentive, et même, demande un traitement plus réfléchi que la prescription routinière d'un laxatif.

Tout d'abord, il est nécessaire d'avoir une idée claire de ce que nous entendons par le mot de « constipation ».

Quelques auteurs ont avancé et on peut lire dans plusieurs manuels, que la constipation est une chose purement relative : ainsi, certains sujets vont à la selle une fois par jour, d'autres à des intervalles moins rapprochés, et cela sans aucun préjudice pour leur santé. Nous devons dire que nous n'acceptons pas cette théorie, et qu'à notre avis, elle est aussi erronée que pernicieuse ; en effet :

1° Ce qu'il y a de très probable c'est que dans les cas où l'on suppose le sujet en parfaite santé, malgré des évacuations peu fréquentes, une investigation plus exacte établirait qu'il existe en même temps chez lui de légers symptômes d'auto-intoxication. De tels phénomènes, qui étaient ordinairement rattachés à des troubles nerveux n'étaient pas attribués à leur véritable cause, la constipation.

2° L'absence d'évacuation journalière produira, un peu plus tôt ou un peu plus tard, mais infailliblement et d'une façon tout à fait mécanique, des désordres dans l'intestin même, tels que, dilatation ou rétention fécale permanente.

3° Dans plusieurs de ces cas, un état pathologique accompagne déjà la dilatation, congénitale ou acquise, de l'S iliaque. La constipation vient alors de ce que celui-ci met plus longtemps à se remplir et par suite l'exonération a lieu à des intervalles plus éloignés.

C'est pourquoi nous croyons qu'on pourrait définir ainsi la constipation : « *La constipation est un état*

dans lequel une quantité normale de nourriture étant prise journellement, son équivalent de déchets n'est pas évacué chaque jour, naturellement, sans le secours de moyens artificiels. »

Dans la constipation pure, la totalité des déchets est expulsée à un moment où à un autre. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, il y a rétention fécale.

On trouve dans la pratique bien peu de cas de constipation pure, attendu qu'elle est presque toujours compliquée à quelque degré de rétention fécale. Cette rétention peut être temporaire, et disparaître avec des purgatifs, ou bien elle peut être permanente.

Dans ce travail, nous ne considérerons pas les cas où l'apport total de nourriture prise par la bouche n'arrive pas au duodénum, comme dans la sténose pylorique, mais seulement ceux dans lesquels l'apport normal quitte l'estomac. Nous ne parlerons pas non plus de la constipation aiguë qui doit être étudiée plutôt sous le titre d'obstruction intestinale.

Péristaltisme normal.

Pour bien comprendre comment peut naître la constipation, il nous faut étudier les opérations qui précèdent la défécation normale. Nous pourrons ensuite apprécier les différents facteurs qui peuvent intervenir et empêcher sa marche naturelle.

Lorsque la nourriture partiellement digérée quitte

l'estomac et entre dans le duodénum, sa dernière étape à travers l'intestin peut être divisée en trois phases ; et pour l'intelligence du mécanisme de la constipation, il faut les étudier séparément.

a. Première phase : Passage du chyme à travers l'intestin grêle jusqu'à son arrivée dans le cæcum à travers la valvule iléo-cæcale.

b. Deuxième phase : Parcours du gros intestin et remplissage du côlon sigmoïde.

c. Troisième phase : Expulsion naturelle des fèces.

a. *Passage du chyme à travers l'intestin grêle.*

A partir du moment où le chyme entre dans le duodénum, il se meut lentement et d'une façon plus ou moins continue à travers l'intestin grêle. Pendant ce temps, la digestion s'achève et l'absorption des matières solubles commence. Cette marche en avant s'effectue grâce à ce que l'on a coutume d'appeler mouvements péristaltiques. Ces mouvements sont des contractions des fibres circulaires et longitudinales de l'intestin, coordonnées de manière à forcer le contenu demi-liquide de l'intestin, à progresser sans arrêt dans la même direction. Pour comprendre ce qui se passe, nous pouvons imaginer que l'intestin est divisé en un nombre infini d'anneaux musculaires transversaux et indépendants les uns des autres. Les fibres musculaires de l'anneau, au moment où le mouvement péristaltique commence, se contractent et resserrent ainsi le calibre de l'intes-

tin en ce point. L'anneau voisin se contracte à son tour, et successivement les autres entrent de même en jeu. Après que quelques anneaux se sont ainsi contractés, celui qui le premier s'était resserré se dilate, puis c'est au tour du voisin et ainsi de suite. Il se forme donc une portion d'intestin dont une extrémité ira se contractant tout en gagnant de nouveaux anneaux, tandis que l'autre reprendra son calibre normal. Nous avons ainsi une zone de contraction qui court le long de l'intestin. Son effet sur le contenu demi-liquide de l'intestin sera précisément le même que si, ayant rempli un tube souple et long d'une pâte molle, nous passions à l'un de ses bouts un anneau rigide d'un diamètre plus petit et que nous le fassions glisser le long du tube. Nous refoulerions ainsi le contenu en avant de l'anneau. Tel est l'effet du mouvement péristaltique de l'intestin sur le chyme qu'il renferme. En même temps, les fibres longitudinales entrent en action ; elles raccourcissent le tube intestinal pendant qu'il se contracte par degrés et forcément aident encore à ce passage des matières. Un mouvement péristaltique ne se produit d'ordinaire que sur une petite longueur de l'intestin et plusieurs ont lieu simultanément sur différentes parties. Ces contractions s'effectuent automatiquement par la présence du chyme, qui éveille les réflexes de l'intestin sur son passage. Plus le chyme est irritant, plus ces mouvements sont violents et étendus. A l'état normal, le moindre aliment

met environ quatre heures à parcourir toute la distance qui sépare le duodénum de la valvule iléo-cæcale.

b. *Passage à travers le gros intestin.*

Bien que le gros intestin soit beaucoup plus court que l'intestin grêle, les résidus alimentaires et les matières excrétées mettent au moins dix heures à faire ce trajet, car les mouvements péristaltiques sont ici bien moins actifs. Ce temps est nécessaire pour que tout ce qui reste d'assimilable puisse être absorbé.

La facilité avec laquelle s'effectue cette marche à travers le gros intestin dépend en grande partie de la quantité de cellulose qui se trouve dans sa cavité. Non seulement la présence de cette substance est indispensable pour exciter le péristaltisme, mais encore — comme la paille que les Egyptiens ajoutaient à leurs briques — elle est utile pour lier la masse stercorale et lui donner une consistance telle que l'intestin puisse avoir prise sur elle. C'est si vrai que l'expérience a prouvé que, mettre un animal herbivore, un lapin par exemple, à un régime dont la cellulose était exclue, c'était le condamner à une mort rapide ; en effet, les fèces s'attachent alors aux parois de l'intestin et les mouvements péristaltiques sont incapables de les entraîner. En outre, il est probable que les gaz viennent pour leur part favoriser la marche des fèces à travers le gros intestin.

En gagnant le côlon iléo-pelvien, le contenu de l'intestin a pris le caractère habituel des stercores ; elles s'accumulent là jusqu'à l'évacuation prochaine. Chez un homme bien portant, l'S iliaque contient la totalité des fèces qui doivent être exonérées en une fois; aussitôt vidé, il reçoit de nouveau l'apport du côlon descendant, et à son tour, le reste du contenu de l'intestin avance pour ainsi dire d'un cran. Ainsi, la selle d'aujourd'hui représente les déchets des repas pris avant-hier au moins. Il est important de bien se mettre dans l'esprit que, sauf le moment qui précède immédiatement une évacuation, le rectum, à l'état normal, est tout à fait vide. Rien n'y pénètre jusqu'aux premiers instants de la défécation.

c. *Expulsion naturelle des fèces.*

Le premier acte de la défécation est le passage d'une partie des matières dans le rectum. Il se produit par de puissants mouvements péristaltiques amenés par des réflexes dus soit à l'accumulation des fèces dans l'S iliaque, soit au stimulus que provoquent les aliments introduits dans l'estomac. La présence des matières dans le rectum excite des fibres nerveuses disséminées dans la muqueuse ; en même temps, le centre ano-spinal est excité et transmet à la musculeuse des mouvements actifs qui s'étendent à toute l'étendue du gros intestin. Par les mêmes réflexes, le centre lombaire, qui régit le sphincter anal, est inhibé. Alors, par des mouvements

volontaires, les poumons se remplissent d'air, la glotte se ferme et les muscles abdominaux se contractent. Il en résulte que le contenu du rectum est expulsé. Tel est le mécanisme de la défécation.

Il est clair qu'un vice dans l'un quelconque des facteurs de ce processus complexe peut produire la constipation. Nous pouvons sans inconvénient ranger ces anomalies sous les titres suivants :

1. *Péristaltisme défectueux.* — La *vis a tergo* n'est pas suffisante ; ce qui peut résulter soit :

a. De l'insuffisance de l'excitation produite par le bol alimentaire sur l'intestin ;

b. De la sensibilité défectueuse des terminaisons nerveuses de la paroi intestinale ; — elle peut provenir d'un état purement local, d'une neurasthénie générale ou de la réaction excessive d'une excitation trop violente ;

c. De la faiblesse musculaire, congénitale ou acquise, de la paroi intestinale. — Les plus fortes atonies de l'intestin sont plutôt dues à une innervation affaiblie qu'à une musculature impuissante.

2. *Résistance plus grande.* — L'intestin doit produire un excès de travail, rendu nécessaire par :

a. L'irrégularité des mouvements péristaltiques et le spasme de certaines portions de l'intestin ;

b. La distension anormale produite par les fèces ou tout autre corps ;

c. Le caractère anormal des matières, et en pre-

mier lieu leur sécheresse et leur pauvreté en cellulose ;

d. La gêne mécanique apportée au mouvement intestinal soit par des adhérences avec d'autres organes, soit par une compression exercée par un viscère hypertrophié ou une tumeur, soit enfin par une anomalie de position telle que l'entéroptose.

3. *Anomalie ou abolition de l'excitabilité du centre spinal.* — L'effort final de la défécation peut être ainsi entravé par :

a. Une cause locale ;

b. Une inhibition venant du cerveau ou des centres supérieurs.

4. *Faiblesse des muscles abdominaux.*

5. *Sténose ou spasme de l'anus.*

Ainsi, il est évident que tout cas de constipation est pour nous un problème; par suite, une étude très attentive nous permettra seule de le résoudre.

Diagnostic.

Un malade vient nous consulter pour sa constipation. Nous devons rechercher la cause de cette constipation et quels en sont les facteurs ; bref, il faut connaître exactement quel est le cas présenté par le sujet et ne pas le renvoyer en lui ordonnant une pilule, qui contiendra sans doute, du cascara et

de la belladone. Comment devons-nous procéder pour nous renseigner ?

Il y a lieu de savoir d'abord si nous avons affaire à un cas grave ou simplement à un dérangement fonctionnel ; c'est-à-dire si la constipation est le résultat d'une lésion profonde, d'une affection comme la côlite muco-membraneuse par exemple, ou si elle est essentielle et primitive. Ainsi :

1. *Nous étudions avec soin l'historique du cas.* — Cette étude peut nous donner un grand nombre d'informations. Nous notons en passant l'amaigrissement progressif et la pâleur qui accompagnent un cas inquiétant. Il nous sera très utile de connaître la durée de l'affection. Si elle est récente et augmente en gravité, il faut vraisemblablement l'attribuer à une lésion organique ; si elle est ancienne, la cause en est plus généralement une altération de la fonction. A ce sujet, il peut être intéressant de se rappeler que la constipation est très souvent liée à la maladie d'Addisson ; c'est même une manière habituelle de diagnostiquer cette affection de la pellagre. Dans ce dernier cas il y a presque toujours diarrhée.

2. *Nous devons ensuite porter notre attention sur les matières retenues dans l'intestin.* — Nous commencerons par le rectum. Là, nous verrons incidemment s'il y a du spasme anal, cause fréquente et souvent unique, comme on le sait, de constipation opiniâtre, surtout chez la femme. Par le toucher

rectal vous pourrez facilement vous rendre compte si vous rencontrez une masse de matières durcies. Après cela, le malade placé sur le dos, les genoux légèrement fléchis, nous examinons, à l'aide de la palpation et de la percussion, toute l'étendue du côlon. Il est bon, quant à présent, de se borner à rechercher la présence des masses fécales, sans vouloir en même temps s'assurer de l'existence possible d'un déplacement. Il est préférable de ne faire qu'une chose à la fois, et de poursuivre ses recherches pas à pas. Portons une attention spéciale à l'examen de l'S iliaque, sa dilatation étant une cause fréquente de constipation, alors que le reste du gros intestin reste souvent vide.

Bien que de la douleur et une grande sensibilité accompagnent fréquemment une obstruction aiguë, elles font généralement défaut dans les cas chroniques qui nous intéressent.

Le premier point à bien fixer dans notre esprit est le résultat donné par la palpation. Dans la moitié des cas à peu près, que nous avons observés, cas dans lesquels les lavages avaient donné la preuve d'une rétention fécale, nous avons pu établir que la percussion donnait un son sourd, constater de la résistance à la palpation, ou trouver une masse tout à fait compacte.

Pour bien faire le diagnostic de la rétention fécale au niveau du côlon ascendant, ou du côlon descendant, une petite manœuvre est nécessaire. Le patient

couché sur le dos et les genoux bien relevés, le médecin place une de ses mains sur l'abdomen au-dessous du dixième ou du onzième cartilage costal, pendant que les doigts de l'autre main sont glissés sous le malade et appliqués sur la région postérieure de l'hypocondre entre la dernière côte et la crête iliaque. Le côlon peut ainsi être amené en haut et en avant contre la main placée sur le ventre. Tout le secret de la manœuvre consiste à tenir cette main ferme et immobile. C'est seulement par cette pratique combinée des deux mains qu'il est possible de découvrir avec certitude les degrés légers de rétention du côlon, alors que les bruits de la percussion peuvent être altérés ou couverts par un concours varié de circonstances qui peut même leur faire perdre toute valeur. Avec un peu de pratique, on acquiert vite la dextérité nécessaire. Cependant, chez les gens trop gras, on ne peut, même avec cette méthode, arriver à une conclusion définitive. On fera alors le diagnostic en déblayant le côlon par un lavage, pour voir s'il contient des stercores anciennes.

Il est un point très important qu'il ne faut pas perdre de vue : tandis que la découverte de masses fécales dans le côlon rend notre diagnostic concluant, le contraire ne doit pas être regardé comme un indice favorable pour les raisons suivantes :

1° Les masses fécales pourront être de petites dimensions et enkystées.

Dans quelques-uns des cas les plus graves que nous ayons vus, rien d'anormal ne pouvait être découvert à la palpation. Cependant des quantités considérables de matières étaient expulsées par des irrigations. Le mieux rapide qui suivait cette expulsion prouvait assez l'origine de l'affection.

2° Les parois abdominales sont si épaisses et si grasses que la palpation ne peut être efficace.

C'est un fait remarquable que dans la cavité abdominale peut s'entasser une très grande quantité de matières, et la palpation cependant ne fait rien découvrir.

Il est quelquefois difficile d'établir si la masse sentie dans l'abdomen est de nature stercorale ou autre. Dans la plupart des cas nous pourrons nous fixer à cet égard, en tirant parti d'un signe indiqué par Gersuny [1]. « Lorsque, avec le doigt, dit-il, on cherche à déprimer fortement la tumeur, et que celle-ci est une masse à surface gluante, la muqueuse intestinale devient adhérente ; quand on cesse la pression, la muqueuse se dégage lentement, et le signe consiste à constater cette séparation graduelle. Les conditions nécessaires pour qu'elle se produise, sont, d'une part un certain degré de sécheresse de la muqueuse, de l'autre une certaine malléabilité de la masse stercorale ; s'il est nécessaire, on pourra amollir la surface de cette masse par un

[1] *Wien. Klin. Woch.*, 1er octobre 1896.

lavement d'huile. Le facteur important, dans cette séparation de la paroi intestinale et de la tumeur, est sans doute la tension des gaz de l'intestin. On peut obtenir d'une autre manière la sensation caractéristique procurée par ce signe diagnostique. Pour cela on appuie fortement sur la paume d'une main avec la pulpe de l'index de l'autre main, huilé ou savonné, et on le retire ensuite très lentement. » Ce procédé nous a été très utile en mainte occasion.

3. *N'ayant trouvé aucune masse fécale dans le côlon et le rectum, nous devons maintenant déterminer la situation exacte du gros intestin.* — Lorsque la percussion et la palpation sont difficiles, on a recours avec grand avantage à la dilatation du gros intestin par un gaz ou par de l'air. On se sert pour cela d'un insufflateur à double poire semblable à celui d'un vaporisateur, ou mieux, l'on suit la méthode d'Illoway [1].

On prend un siphon d'eau gazeuse aux trois quarts plein. A son ouverture on adapte un tube de caoutchouc terminé par une canule d'entéroclyse qu'on a introduite avec soin de quelques centimètres dans l'anus. Le siphon est ensuite renversé et on appuie sur le levier. Le gaz s'échappe de l'appareil et passe dans le côlon ; et comme on est maître du débit, on peut obtenir exactement la distension voulue. Le

[1] Illoway, *Constipation in Adults and Children*. Macmillan and Co, 1897, p. 122.

côlon est alors facilement reconnu par la palpation, et l'on voit si sa position est normale ou non. Chez l'homme, le côlon ne devrait jamais descendre au-dessous de l'ombilic. Dans l'entéroptose, par contre, on le trouve beaucoup plus bas, et on s'en rend promptement compte :

a. Par la forme de l'abdomen.

b. Par l'impression que donne le côlon d'une corde placée au-dessous de l'ombilic.

c. Par la perception anormale au-dessus de l'ombilic des pulsations de l'aorte abdominale que le côlon déplacé ne recouvre plus comme il le fait d'habitude.

d. Par la présence d'un rein flottant que l'on rencontre souvent en même temps.

4. *Recherchons maintenant s'il y a du spasme intestinal.* — Ce spasme est général ou local. On rencontre le premier dans le saturnisme et dans certaines affections cérébrales, le second accompagne les coliques douloureuses, l'entérite, l'hystérie et la neurasthénie. Il est donc très utile de reconnaître sa présence. Dans l'entérospasme généralisé, la paroi abdominale se rétracte et le ventre s'incurve en forme de nacelle. Dans l'entérospasme partiel, il se peut qu'en palpant l'abdomen on ne trouve rien de caractéristique, bien que souvent les intestins semblent être au toucher des cordes rondes et tendues. C'est là, principalement le cas du côlon. Mais ce qui permet d'ordinaire de nous

rendre compte de cet état, c'est le caractère des fèces, qui sont souvent évacuées sous forme de petits cylindres étirés ou de scybales. Ainsi, on doit prendre garde de confondre ces selles en forme de petits cylindres avec les évacuations à l'aspect rubané qui accompagne le rétrécissement du rectum. Il peut facilement arriver que leur ressemblance soit très grande, et aucune règle absolue ne peut les différencier. La véritable marche à suivre, est tout d'abord d'éliminer le rétrécissement rectal par un soigneux examen direct. Après cela, les selles caractéristiques nous feront conclure à l'entérospasme.

Un point diagnostique, mentionné par Ewald[1], est aussi digne d'attention. Dans les cas de spasme de l'intestin, surtout de la portion inférieure, il est souvent très difficile de pratiquer la dilatation avec l'air ou avec l'eau.

5. *Atonie et dilatation de l'estomac.* — La constipation est souvent causée par le retard apporté au passage des aliments dans le duodénum. On le reconnait le plus sûrement par le bruit de clapotage que l'on produit au-dessous de l'ombilic plus de trois heures après le repas. On peut assurer son diagnostic, soit à l'aide du « gyromèle » ou du gastroscope électrique, soit par la présence de débris alimentaires retirés de l'estomac avec la sonde sept heures après le repas.

[1] *Twentieth Century Practice of Medecine*, vol. IX, p. 258.

Dans le premier degré de l'atonie, quand les aliments séjournent dans l'estomac et gagnent tardivement l'intestin il y a très souvent constipation. Elle vient en partie de ce fait, que l'atonie gastrique tient simplement au manque de tonicité générale de toute l'étendue du tube gastro-intestinal et marche de pair avec lui dans cette occasion ; ensuite, de l'altération du chyme par suite de ce séjour prolongé dans l'estomac.

Bien différents sont les cas de dilatation d'estomac dus à la sténose pylorique. Ici, il y a constipation parce qu'une plus faible quantité d'aliments franchit le pylore, et que par suite les intestins sont plus longs à se remplir. En conséquence, les exonérations se feront à des intervalles plus éloignés et le contenu des côlons subira une dessiccation anormale par suite de son séjour prolongé dans cette portion du canal alimentaire.

Dans tout cas de constipation, donc, il faut en premier lieu s'assurer de la présence respective soit de l'obstruction pylorique, soit de l'atonie stomacale. A propos du diagnostic de cette dernière, notre expérience nous porte à croire que trouver des résidus alimentaires dans l'estomac à un moment où normalement il devrait être vide, — par exemple, avant le déjeuner du matin — est le seul signe vraiment digne de confiance. L'épreuve avec le salol est difficile à pratiquer en clientèle et l'on ne peut pas toujours s'y fier.

En principe, nous disons qu'il y a atonie quand on peut produire du clapotage au-dessous de l'ombilic trois heures après le repas.

6. *Le cœur et le foie doivent être soigneusement examinés.* — Il se pourrait, en effet, qu'un obstacle apporté au retour du sang venant du système porte, fût cause d'engorgement dans la circulation veineuse de l'intestin.

La constipation est souvent liée à une affection hépatique ; et, d'après Ewald[1], elle peut être due à une stase bilieuse ou veineuse. Personnellement, nous l'avons souvent rencontrée avec une lésion mitrale alors que le cœur droit était intact.

7. *Il faut se renseigner sur l'état de la moelle épinière et du cerveau.* — On voit la constipation accompagner les lésions graves de ces organes, et elle est souvent un signe du début dans les tumeurs cérébrales.

8. *Rencontre-t-on un rein mobile ?* — On doit toujours soupçonner sa présence ; car, bien qu'on néglige généralement de le rechercher, il est fréquent dans les cas de constipation et peut avoir une relation intime avec l'affection. En effet :

1° Il peut être une cause mécanique de constipation.

[1] Même ouvrage cité plus haut, p. 461.

Dans un cas, rapporté par Ewald[1], de constipation obstinée chez une femme qui souffrait d'un rein mobile, on découvrit une adhérence entre cet organe et l'angle supérieur gauche du côlon. Il en était résulté que le rein avait entraîné dans sa chute le côlon incurvé en forme de V. On fit une néphrorrhaphie, et la constipation disparut totalement.

2° Le rein flottant peut faire partie d'une entéroptose généralisée et, au même titre que la constipation, être le symptôme d'un état neurasthénique.

9. *On doit enfin rechercher s'il y a faiblesse des muscles abdominaux.* — Le meilleur procédé pour s'en rendre compte est de faire coucher le patient, et de le prier ensuite de se mettre sur son séant sans l'aide des mains. S'il est incapable de ce mouvement, il y a réellement faiblesse des muscles du ventre.

Lorsqu'après nous être livrés à chacune de ces investigations, nous n'avons rien trouvé d'anormal ; toute lésion profonde peut être écartée sans hésiter comme cause de la constipation.

Reste à nous enquérir des autres causes possibles. Nous devons examiner :

a. La nourriture du malade. — Quelle est sa qualité, son rapport en cellulose ? — Est-elle grossière, trop ou pas assez cuite, astringente ? — Dans quel état de mastication arrive-t-elle à l'estomac ?

[1] M. O. cité, p. 798.

b. Les habitudes du malade au point de vue de :

1° L'exercice ;

2° L'alcool ;

3° L'abus des purgatifs.

Dans quelques cas obscurs, avant de terminer notre investigation, il peut être bon d'examiner les fèces au moyen d'un appareil centrifuge. Nous pourrons ainsi estimer, sans difficulté, la quantité d'aliments non digérés, de cellulose, etc., qu'elles contiennent et obtenir ainsi un renseignement qui aura sa valeur.

A ce moment nous sommes à même de porter un diagnostic bien fondé. Nous ne nous serons pas en effet contentés de savoir que le malade était constipé, ce qui est à demi évident, mais nous connaîtrons, comme nous le devons, la cause précise du mal que nous avons à combattre. Alors, et seulement alors, nous aurons le droit de songer à établir un traitement.

Nous voudrions saisir cette occasion d'appeler votre attention sur ce fait, qu'un examen aussi complet que celui que nous venons d'esquisser ici, ne saurait être nécessaire dans la constipation légère et temporaire que nous rencontrerons dans la pratique quotidienne. Dans la plupart de ces cas, la cause est tout de suite évidente, et le remède suffisamment indiqué. Mais nous répéterons, au risque de fatiguer le lecteur, que le praticien n'est pas autorisé dans les cas graves et anciens de constipation chronique

à commencer aucun traitement avant d'avoir fixé la pathologie exacte du cas par un examen au moins aussi complet que celui que nous venons de tracer.

Maintenant, que par nos recherches, nous nous sommes fait une idée bien nette de la nature et de la cause de la maladie, nous sommes en mesure d'instituer un traitement avec quelque chance de succès.

Traitement.

Il serait oiseux de discuter ici les traitements appropriés aux formes légères de constipation. On les trouvera suffisamment décrits dans les manuels de médecine de l'étudiant. Nous n'envisagerons donc que les formes anciennes et opiniâtres dont on obtient si difficilement la guérison durable.

Le premier soin à prendre dans le traitement de tout cas grave et ancien, est de s'assurer que nulle matière n'est retenue d'une façon anormale dans l'intestin. *Il faut commencer par là, quelle que puisse être la cause de la constipation*. C'est seulement ensuite que nous serons autorisés à décider quelles seront les autres mesures à adopter pour essayer de guérir notre malade.

Par les différentes méthodes d'examen déjà décrites, dans quelques cas, vous pourrez dire qu'il y a certainement rétention anormale ; dans d'autres cas, les symptômes que vous aurez rencontrés, vous permettront seulement de la soupçonner ; enfin, vous

n'aurez peut-être aucun témoignage, présomptif ou autre, de son existence.

En premier lieu vous n'aurez aucune hésitation à faire un lavage des intestins, mais en second lieu cette question se pose : devez-vous, si vous croyez qu'ils ne contiennent rien que de normal, vous en tenir là, ou bien donner par précaution un ou deux grands lavements ? A notre avis, dans les cas de constipation, où le lavage n'entra jamais dans le traitement, vous n'avez jamais eu l'assurance qu'il n'y avait pas rétention fécale, pour les raisons suivantes :

1° Il est absolument invraisemblable qu'une constipation puisse être de longue durée sans qu'elle soit accompagnée de rétention.

2° Souvent il est impossible de reconnaître la rétention par un examen extérieur de l'abdomen.

3° Une rétention chronique ne donne pas *invariablement* lieu à des symptômes spéciaux.

4° La constipation ne peut assurément pas être soignée d'une manière efficace tant que des matières sont retenues en permanence dans l'abdomen.

5° Un traitement ayant pour but de changer un tel état de choses ne peut être aucunement préjudiciable au malade.

On commencera donc le traitement en s'assurant que le gros intestin est vide.

Ce sera pour le médecin un bon début dans la thérapeutique de cette affection, que de savoir

sciemment qu'une de ses causes possibles est à éliminer.

Dans tout cas de constipation le malade se trouvera dans une ou plusieurs des conditions suivantes, et notre conduite variera en conséquence :

1° La masse fécale encombrera le rectum — on peut s'en rendre compte par le toucher.

2° Elle se trouve dans l'S iliaque — la palpation nous l'indique.

3° Nous la découvrons dans le reste du côlon ou dans le cæcum.

4° Aucun signe physique ne nous décèle une rétention anormale.

Les trois premiers cas peuvent se rencontrer ensemble ou séparément. On les prendra par ordre et le traitement de chacun d'eux sera poursuivi aussi loin que possible.

1. *On a senti des matières entassées dans le rectum.* — Avant d'entreprendre quoi que ce soit, le rectum doit être vidé ; sans cela il est évident qu'on ne pourra introduire aucun liquide dans la partie supérieure du côlon. La plupart du temps un simple lavement de savon et d'eau chaude suffira ; mais quelquefois son emploi ne sera d'aucun secours, et il devient nécessaire d'employer un corps dissolvant. Deux substances — l'huile d'olive et le fiel de bœuf — ont un pouvoir effectif. L'huile d'olive contient beaucoup d'acide oléique, puissant dissolvant des

fèces ; le fiel de bœuf, agit de même que l'huile, mais avec une énergie plus grande. Mélangés, ils deviennent les dissolvants les plus efficaces qu'on puisse imaginer. Nous devons de connaître la propriété remarquable du fiel de bœuf, à M. William Allingham, qui a l'habitude d'en faire usage dans sa pratique depuis déjà vingt ans. Il est peut-être utile de dire que l'action dissolvante de l'huile d'olive a été niée récemment par Ewald [1], et cela est tout à fait vrai quand il s'agit de certaines fèces, comme celles que peuvent donner le lait. Mais chacun peut se convaincre, en faisant directement cette expérience dans un tube à épreuves, que les scybales brunes ordinaires sont rapidement désagrégées par son action.

Il se peut que l'entassement dans le rectum soit très compact et qu'il n'y ait que très peu de place pour recevoir une injection. Dans ce cas on introduira toutes les heures un mélange de 30 grammes d'huile d'olive et autant de fiel de bœuf, jusqu'à ce qu'on ait obtenu assez d'espace pour donner un plus grand lavement. Plus communément, cependant, l'espace ne manquera pas dans le rectum, mais l'obstacle viendra de ce que le bloc de matière sera si dur que même le fiel de bœuf n'aura qu'une très faible action sur lui.

Nous tirerons alors grand avantage de l'irrigation

[1] *Twentieth Century Practice of Medecine*, vol. IX, p. 207.

continue avec un tube double, et les figures 1 et 2



Fig. 1. — Tube double pour irrigation intestinale continue. (Hawkesley, constructeur, Oxford Street, London.)

montrent un appareil spécial que nous avons nous-même désigné à cet effet.

La figure 1 montre séparément les parties qui le composent : (A) tube vulcanisé, ressemblant à un

petit spéculum de Ferguson, (D) obturateur à l'aide duquel on introduit le tube précédent dans le rectum, (B) court morceau de tube en caoutchouc auquel on a fait une fente en X, (C) tube ordinaire de caoutchouc rouge pour estomac.

Dans la figure 2 nous voyons ces diverses parties assemblées. Le tube à estomac a été glissé à travers la fente X dans B, et B à son tour a été fixé sur A, l'obturateur D ayant été enlevé.

Dans la pratique courante, le petit morceau de tube B est relié par un tube de verre du même diamètre et d'environ 9 centimètres de longueur, à un autre tube de caoutchouc de près de $1^{m},30$. Celui-ci arrive à un seau de lavage ou à un récipient analogue. Le tube à estomac est relié de son côté par une monture convenable à un conduit ordinaire dépendant d'un laveur, suspendu à près de 1 mètre au-dessus du malade.

On se sert de l'appareil de la manière suivante :

La douche-laveur est remplie d'eau, à la température voulue, et réunie au tube à estomac que l'on a passé à travers la fente du tube B. Le tube en caoutchouc durci est placé sur son obturateur et bien huilé. Le patient, auquel on a fait au préalable une application de cocaïne sur l'anus, est couché sur le côté droit, et on introduit doucement dans le rectum le tube vulcanisé muni de l'obturateur. Dans quelques cas, où l'anus est très sensible, on peut être obligé d'administrer un anesthésique. L'obturateur

est ensuite retiré et le tube B est fixé au bout de A.

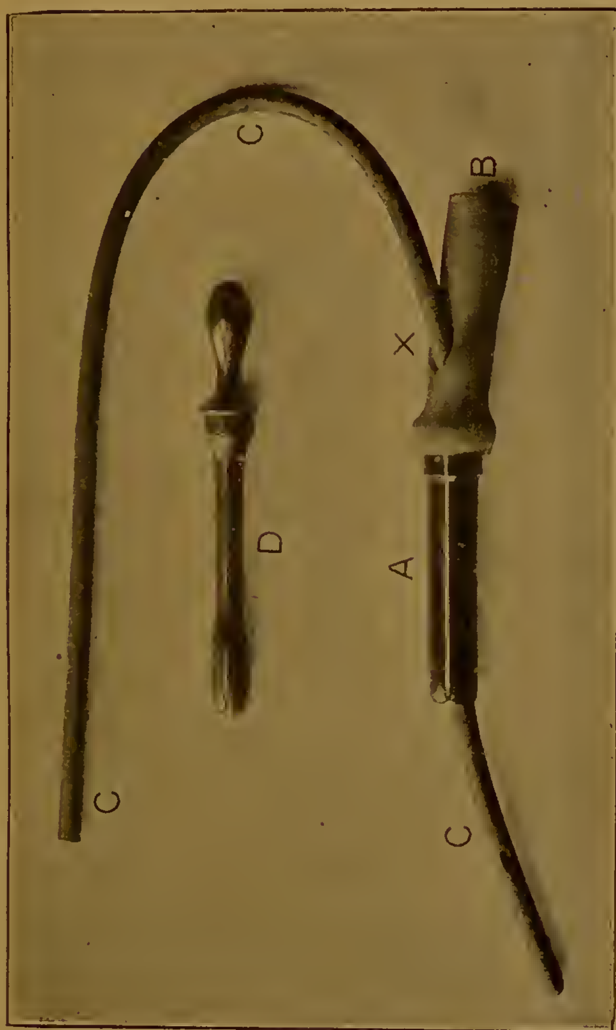


Fig. 2.

Le tube à estomac est alors passé délicatement dans le rectum jusqu'à ce qu'il ait dépassé l'extrémité de A de la distance voulue. On ouvre le robinet du laveur ;

un courant d'eau pénètre dans le rectum, en ressort par A et B, entraînant avec lui des débris que ce lavage détache des masses fécales. Comme le diamètre du tube efférent est beaucoup plus grand que celui du tube afférent, il est certain qu'il n'y aura jamais distension du rectum.

Un tel appareil peut aisément, à un moment donné, être improvisé par le médecin en prenant un spéculum en métal ou en caoutchouc durci, mais il est important de se rappeler que sous aucun prétexte on ne doit se servir d'un spéculum de verre, qui pourrait être brisé par un spasme du sphincter anal et blesser grièvement le malade.

2. *Le rectum était vide ou a été vidé par le moyen que nous venons d'indiquer, et l'on sent des matières dans le côlon sigmoïde.* — Dans ce cas, on essaie, comme plus haut, le lavement d'eau et de savon, d'huile d'olive et de fiel de bœuf, mais le procédé est un peu différent de celui que l'on emploie quand on désire seulement déblayer le rectum. On pouvait alors se servir d'une seringue ordinaire de Higginson ; maintenant on doit faire usage d'un laveur placé à environ $0^{m},60$ au-dessus du patient.

Si ces procédés sont inefficaces à vider l'intestin, on aura recours à l'irrigation continue comme dans l'obstruction du rectum. On introduit dans l'S iliaque un tube double de Turck, pour côlon ; c'est une opération sans aucune difficulté. Un des tubes est relié à la douche placée à $0^{m},60$ au-dessus du malade, et

l'autre communique avec un conduit en caoutchouc qui aboutit au récipient placé sous le lit. Le patient est couché sur le côté droit. L'irrigation de l'intestin peut être continuée pendant une heure sans aucun inconvénient. De ce côté-là nous ne devons pas avoir la plus petite crainte et nous devons rendre grandement hommage au professeur Turck d'avoir mis à notre portée cette méthode de l'irrigation continue Grâce à elle, le traitement des affections inflammatoires variées du côlon est de beaucoup simplifié et nous sommes à-même de nous débarrasser de ces accumulations fécales contre lesquelles, jusqu'ici, nous ne pouvions rien.

3. *On perçoit des matières, soit dans le côlon transverse, soit dans l'ascendant, soit dans le cæcum.*

4. *Le gros intestin est vide apparemment.* — Notre conduite dans les deux cas sera la même. Nous chercherons à chasser le plus complètement possible les matières stercorales retenues dans toute l'étendue du gros intestin ; on obtiendra ce résultat par l'administration durant plusieurs jours de suite, d'une douche chaude contenant une petite quantité de sel commun. Cette douche consistera en un lavement de volume ordinaire (500 à 1.000 grammes), car il es assez évident que, pour atteindre, par exemple, une masse fécale dans le cæcum, le liquide devra d'abord remplir la totalité du gros instestin. Chez un homme

2.

adulte ordinaire, bien portant, on peut introduire plus de 2 litres d'eau dans le gros instestin, sans produire de dilatation sensible, et on dépassera de beaucoup cette quantité quand il faudra remplir ces côlons dilatés que nous rencontrons si fréquemment dans les constipations anciennes.

Le problème, alors, consiste à introduire une quantité de liquide suffisante, sans éveiller des efforts d'expulsion chez le malade. On obtient ce résultat en observant avec attention quelques points de détail :

1° Le courant employé doit être continu et non intermittent. Il doit venir d'un laveur suspendu à une hauteur convenable au-dessus du patient. Avec une seringue de Higginson il se produirait des changements rythmiques de pression dans l'intestin, qui, infailliblement, donneraient lieu à des efforts d'expulsion bien avant que nous ayons administré une quantité d'eau suffisante, et il nous serait absolument impossible de régler la force du courant.

2° La pression sous laquelle l'eau passe dans l'intestin doit être faible. A 2 kilogrammes par centimètre carré, il y a danger pour un adulte, et bien davantage pour un enfant. Comme la tension de la pression exercée activement sur l'intestin dépend non seulement de la hauteur de la colonne d'eau (qui égale la hauteur de la douche au-dessus du patient) mais aussi de la résistance présentée par l'intestin, il est d'un grand secours dans la pratique

d'inclure dans le circuit un manomètre, — ceci dit, bien entendu si nous désirons travailler avec bon sens, et savoir exactement ce qui se passe à l'intérieur de notre malade. De la sorte nous connaissons le moment précis où le liquide cessant de couler simplement dans l'intestin, commence à le dilater.

3° La température de l'eau doit avoir près de 38° centigrades. Si elle était plus basse, le patient pourrait souffrir inutilement.

4° La force de la pesanteur doit être utilisée pour permettre au liquide de franchir le cœcum. Le patient devra se placer dans la position génu-pectorale ou se mettre sur le dos, le bassin relevé. Pour cette dernière position, il est bon de se servir d'un lit spécial, mais on peut très bien utiliser un lit ordinaire dont on aura rehaussé le pied avec des pièces de bois.

5° Il y a tout avantage à mettre la main à plat sur le ventre du patient, car de cette manière, on se rend compte de la rapidité avec laquelle le côlon se remplit.

6° Lorsque vous avez commencé une série de lavages du côlon, vous ne devez sous aucun motif les suspendre plus de vingt-quatre heures de suite, et celà jusqu'à ce que vous soyez informés par ces lavages mêmes que toutes les matières retenues dans l'intestin en ont bien été chassées. Autrement, vous pourrez causer un grand préjudice à votre malade, pour cette raison que ces matières, depuis

longtemps desséchées, se ramollissent, se dissolvent, mettent en liberté dans l'intestin des toxines emprisonnées jusque là et provoquent un tel désordre dans l'organisme qu'une poussée aiguë d'urticaire peut survenir. Il est bon d'additionner l'eau du lavage d'un peu de sel de table, mais l'on doit proscrire l'acide borique et les autres antiseptiques, en raison des cas d'intoxications par absorption que l'on a rapportés.

Maintenant, nous allons décrire en détail la méthode à employer pour faire ces lavages du côlon. Simple, elle l'est en réalité, et cependant, ceux qui l'abordent pour la première fois, sans indications précises, ne se soucient souvent pas assez d'introduire dans l'intestin une quantité d'eau suffisante pour rendre de réels services. En outre, nous pourrons éviter au malade des douleurs et des ennuis inutiles en prenant soigneusement quelques précautions particulières.

La partie la plus essentielle de l'appareil est un bock-laveur convenable. Il doit tenir de cinq à six litres et être muni d'un tube indicateur en verre gradué de vingt-cinq en vingt-cinq grammes ; l'opérateur peut ainsi estimer l'intensité de l'écoulement et se rendre compte de la proportion de liquide qui a passé dans le corps du malade.

Le tube de caoutchouc communiquant avec le laveur aura 1 m. 50 cent. de longueur et sera muni d'un robinet à son extrémité inférieure. On adaptera

à cette extrémité une canule ovale en caoutchouc mou, d'une longueur de 15 centimètres et terminée par un trou unique.

Le meilleur appareil pour assurer au corps du patient une inclinaison convenable est très simple. Il consiste en une large planche, longue de 1 m. 25 environ ; à l'une de ses extrémités est fixée, au moyen de charnières, une autre planche matelassée. Par un système banal, la planche supérieure peut être maintenue à un certain angle d'inclinaison sur la planche inférieure. Le patient est placé sur l'appareil de telle façon que son siège soit au niveau du bord libre de la planche supérieure. Dans certains cas, de préférence au décubitus dorsal, on placera le malade en position génu-pectorale.

Les détails de l'administration de la douche sont les suivants : — Le malade, enveloppé dans un chaud peignoir, se couche sur la planche matelassée, placée sur le lit de manière à ce que le bord de l'appareil ne dépasse pas le siège. A l'aide des poignées de côté, on élève la planche supérieure jusqu'à ce qu'elle forme avec l'inférieure un angle de près de 20°. Pour éviter de découvrir le malade, on place une serviette sur le haut des jambes. Cinq litres d'eau, à 38° centigrades, sont versés dans le bock-laveur ; en même temps, on ajoute une quantité de sel commun suffisante pour obtenir une solution saline de 4 gr. 50 cg. p. 100. Nous nous assurons alors que les robinets de l'appareil sont bien fermés et nous élevons le bock

au-dessus du patient, à la hauteur voulue. Chaque fois que nous l'élevons de 30 centimètres, nous augmentons de 500 grammes environ par centimètre carré la pression exercée sur l'intestin. Nous ouvrons maintenant le robinet du haut, ensuite le robinet du bas et nous laissons ainsi s'écouler un demi-litre d'eau, ce qui nous permet de voir si tout va bien. Aussitôt que le niveau du liquide s'est abaissé à quatre litres et demi, ce que nous voyons par l'indicateur, nous fermons le robinet inférieur placé près de l'extrémité du tube et nous sommes alors prêts à recommencer l'opération. Placé à la droite du patient couché sur le lit, l'opérateur lubréfie, à l'aide d'un morceau de savon que l'aide lui présente, la sonde anale de caoutchouc tenue dans la main droite.

Plaçant la main qui tient la sonde sous la cuisse droite, il l'introduit dans l'anus et cela sans qu'il soit utile de découvrir le malade en aucune façon. La main gauche est alors placée sur l'abdomen, elle y reste pendant toute l'opération, pour contrôler l'effet produit par l'injection sur les viscères abdominaux. Avec le pouce de la main droite, on tourne le robinet, et l'eau, qui pendant ce temps a baissé d'un degré, peut passer dans le rectum. Aussitôt que le malade se plaint de gêne ou de douleur, nous tournons le robinet et nous attendons quelques minutes pour permettre au spasme de disparaître. Rappelons-nous que si l'eau est poussée trop rapidement, si elle est trop chaude ou trop froide, il y aura douleur. Lors-

qu'on aura introduit autant de liquide que le patient pourra en supporter, la canule sera retirée, le support ramené à la position horizontale, et le patient cherchera à rester couché aussi longtemps qu'il pourra retenir l'injection.

Si l'on emploie un manomètre à mercure, on le placera sur une chaise ou sur l'oreiller de la couchette, à la gauche du malade.

Au début, l'élévation de la colonne de mercure est légère, car le courant passe dans l'intestin en ne rencontrant que peu de résistance. Ce pendant que l'intestin se remplit, la colonne de mercure s'élève jusqu'à ce qu'elle arrive à marquer le maximum de pression que la hauteur de la douche placée au-dessus du malade pourra produire. Plus d'une fois, dans la pratique, j'ai été informé, par la chute brusque de la colonne de mercure, de ce fait que le liquide s'était fait un passage dans l'intestin, bloqué jusque là par une masse fécale.

Il est important d'avoir à l'esprit qu'en présence d'une forte douleur, alors que la pression est inférieure à 500 grammes par centimètre carré, il existe probablement un état inflammatoire d'une portion quelconque du gros intestin. Dans un cas semblable, on doit interrompre l'opération ou se contenter d'introduire une quantité d'eau comparativement petite et à une pression beaucoup plus faible.

Tout ce qui est expulsé par la douche rectale doit

être soigneusement examiné par le médecin, parce qu'il est de la plus grande importance de s'assurer que le diagnostic de rétention fécale est bien exact.

Les matières qui ont séjourné longtemps dans l'intestin se reconnaissent à :

1° Leur couleur vert sombre, brune ou noire, excepté dans les cas où le malade a été soumis pendant longtemps à une diète lactée absolue ; elles sont alors blanchâtres ou couleur mastic, en même temps que très gluantes et plastiques. — Il est important de ne pas se laisser induire en erreur par la coloration donnée aux selles par le fer, le bismuth, par certains régimes de diète, ainsi que par la présence du sang altéré.

2° Leur consistance dure — à moins qu'elles n'aient été amollies artificiellement par l'emploi de l'huile ou par tout autre procédé.

3° Leur forme est celle de scybales ordinairement ; c'est-à-dire de petites masses arrondies par le frottement ou moulées sur les poches du côlon dans lesquelles elles ont longtemps séjourné.

Il est préférable de donner ces douches intestinales le matin, le malade pouvant rester couché encore quelques heures après les avoir prises. C'est là un point important, car la cavité abdominale dans laquelle on déverse une telle quantité de liquide est modifiée à tel point qu'il peut en résulter des troubles de la circulation. Institué ainsi, le traitement n'entravera pas les occupations journalières du ma-

lade. En présence de cas graves et lorsqu'on soupçonnera l'inflammation la plus légère, on prescrira le repos au lit pendant toute la durée du traitement.

Ces séances d'entéroclyse seront continuées chaque jour jusqu'à ce qu'elles nous montrent que toutes les matières ont bien été entraînées. Les cesser avant qu'il en soit ainsi, serait s'exposer à voir apparaître des phénomènes d'auto-intoxication. Nous avons observé des complications semblables dans plusieurs cas graves. L'un d'eux, en particulier, que nous avons vu l'an dernier en consultation, a fait grande impression sur notre esprit. En cette circonstance, la malade se refusa à continuer ses douches après en avoir pris trois, bien qu'elle eût rejeté déjà plusieurs scybales noires et dures. Deux jours après la dernière séance elle eut une poussée aiguë d'urticaire accompagnée de malaise général. Tout disparut rapidement en reprenant les lavages, qui entraînèrent avec eux une quantité encore plus grande d'épaisses masses fécales. Les scybales indurées sont probablement inoffensives tant qu'on les laisse en place, mais lorsqu'elles viennent à être ramollies par les douches, elles mettent alors en liberté les toxines qu'elles contiennent.

Bien qu'une série de grands lavages, tels que nous venons de les décrire soit de la plus grande utilité quand on se propose de vider le côlon en vue de commencer le traitement de la constipation, on ne

doit permettre sous aucun prétexte aux malades de les renouveler, comme ils seraient disposés à le faire, toutes les fois qu'ils s'imaginent que leur intestin se remplit plus qu'il ne devrait. Si un cas est traité convenablement, il sera probablement inutile d'y avoir de nouveau recours, si ce n'est à de rares intervalles. On les donnera toujours sous la surveillance immédiate du médecin. Alors que cinq ou six de ces douches sont inoffensives, fréquemment répétées elles arrivent à relâcher la fibre musculaire intestinale, et si l'on s'obstinait longtemps à les appliquer elles écarteraient bientôt toute chance de guérison.

Ces quelques points sont bien mis en lumière par les deux cas suivants soumis à notre propre observation.

Clinique du docteur G. Herschell. — Mme H..., âgée de cinquante ans, vient me trouver en octobre 1897. Elle est atteinte de constipation depuis l'âge de dix ans, et depuis un an ou deux ses garde-robes n'avaient lieu seulement que tous les dix jours, si elle n'y mettait ordre. Elle a pris des purgatifs de toute sorte, qui ne lui ont procuré que des soulagements temporaires, jusqu'au jour où, il y a cinq mois, sur le conseil de quelques amis, elle a commencé à prendre elle-même, chaque semaine, un grand lavement d'eau chaude suffisant pour faire l'irrigation de tout le côlon. Au début elle en fut très satisfaite, et cessant totalement d'avoir des évacuations naturelles, elle se lavait périodiquement l'intestin toutes les fois que la stagnation devenait une gêne. Sa santé commença par être beaucoup améliorée, l'appétit

était bon, et elle éprouvait un bien-être inaccoutumé. Mais au bout de deux mois elle avait de mauvaises digestions, de la flatulence ; elle observa qu'évidemment la totalité du liquide introduit par la douche n'était pas rendue, et que parfois près de trois litres étaient retenus. Elle s'était mise en dernier lieu à se faire de bien plus grands lavages qu'au début pour venir en aide à l'intestin.

A l'examen, je lui trouvai le teint très jaune, la peau sèche et malade : elle avait un nombre considérable de taches pigmentées sur les avant-bras. La paroi abdominale était mince et flasque, et il y avait évidemment, à un degré moyen, de l'entéroptose. Je commençai le traitement en lui adjoignant d'avoir à cesser les injections intestinales, et je lui donnais à prendre trois grains (18 centigr.) d'extrait sec de cascara trois fois par jour. Mon but en agissant ainsi, était de me rendre compte, si possible, de la façon dont serait capable de réagir l'intestin soumis à un excitant modéré. Comme après treize jours je n'obtenais pas de résultat, je fis un lavage, je cessai le cascara, et je commençai l'application journalière des courants induits [1].

Tous les trois jours je donnais une douche modérée pour vider en partie l'intestin. J'ai constaté une première preuve d'amélioration à la treizième séance d'électricité, lorsque la malade eut un besoin naturel d'aller à la garde-robe, suivi d'une petite selle.

Une pilule de deux grains (12 centigr.) d'extrait sec de cascara sagrada lui fut donnée alors chaque soir. Ajoutée à l'application journalière de l'électricité elle fit que les intestins entraient en action une fois et plus souvent deux en une seule journée. Les douches furent

[1] Le traitement électrique se trouve décrit dans les pages suivantes de cet ouvrage.

inutiles après la vingtième séance d'électricité. Après la trentième je ne fis le traitement que tous les deux jours ; à la cinquantième je suspendis le cascara. J'instituai alors, à la place de l'électricité, des exercices destinés à fortifier les muscles abdominaux, et je congédiai la malade en lui prescrivant de continuer ces exercices indéfiniment. Les intestins ont rempli régulièrement leur fonction, après ce traitement, sans l'aide d'aucun purgatif.

M[lle] J. F..., âgée de quarante et un ans, domestique, me fut envoyée par mon ami le docteur E... en janvier 1898 comme étant atteinte de constipation dite incurable. Elle était en très mauvaise santé depuis le jour où, douze ans auparavant, elle avait eu à subir une forte épreuve morale. Elle avait perdu graduellement ses forces, et jusqu'à un certain point l'usage des membres inférieurs. Elle se plaignait d'indigestions, de perte d'appétit, et d'une sensation de faiblesse après un effort insignifiant. A celà, se joignait une constipation opiniâtre, et au moment où mon ami la mit en traitement, les purgatifs les plus énergiques semblaient avoir perdu toute action sur elle. Le docteur E..., pensant très judicieusement que ces phénomènes nerveux étaient dus probablement à l'absorption de toxines par la muqueuse gastro-intestinale, commença en mai 1897, à laver le gros intestin à l'aide des grandes douches telles que je les préconise. La justesse de ses déductions fut reconnue par expérience et le rejet d'énormes masses fécales amena en effet la disparition des symptômes. Mais restait la constipation, et il constata que les intestins ne pouvaient être évacués que grâce à un lavement très abondant. Elle en prit ainsi de quarante à cinquante entre mai 1897 et janvier 1898.

Elle fut admise à l'hôpital le 26 janvier 1898. A l'examen médical on ne trouva rien d'anormal, si ce

n'est un degré considérable de relâchement de la paroi abdominale. Elle fut mise au lit, à la diète normale, et on ne lui donna pas d'autre remède qu'un peu d'infusion de gentiane. Comme le 31 janvier, elle n'avait eu aucune évacuation depuis son admission, on lui fit des applications journalières de courants faradiques ordinaires sur les muscles abdominaux, et sur la longueur du côlon. On lui fit prendre en même temps par la bouche du salol comme antiseptique intestinal. Le 3 février, elle n'avait pas encore de selles, on lui fit un lavage, mais sans résultat. On recommença, et les intestins réagirent largement le 6 février ; pendant les deux jours suivants on constatait trois exonérations légères. Le 17 février, on commençait un traitement avec une grosse bobine primaire, construite spécialement de très gros fil et en usage dans les bains électriques. Le brise-courant de cet appareil est disposé pour donner des interruptions longuement espacées, et l'on obtient ainsi de très puissantes contractions des muscles abdominaux. On plaçait une électrode large et plate sur la région lombaire ; la malade, couchée sur cette plaque, la maintenait à cette place, pendant que l'autre pôle était appliqué successivement sur les différentes parties de la paroi abdominale. La malade fut aussi soumise chaque jour à certains exercices, calculés pour développer les muscles du ventre. Du 20 au 24 février, elle eut deux selles par jour, et ensuite une seule jusqu'à la fin du mois. Le 1er mars on lui fit prendre chaque soir une pilule de deux grains (12 centigr.) d'extrait sec de cascara sagrada et le traitement électrique fut relâché. Le 7, l'électricité fut cessée, et la malade prit trois fois par jour une pilule contenant un grain (6 centigr.) d'hydrastine, un tiers de grain (2 centigr.) d'evonymine, d'alun, d'ipecacuanha en poudre, et un dixième de grain (6 milligr.) d'extrait de belladone. Depuis ce

moment jusqu'à sa sortie le 14 mars, l'intestin a fonctionné régulièrement chaque jour.

A notre avis, ces deux cas montrent assez :

1° Qu'on ne peut pas avoir toute confiance en de grands lavages répétés, à moins de chercher aussi à améliorer la tonicité des muscles abdominaux.

2° Que même en présence de cas désespérés en apparence, alors que les purgatifs ont tout à fait perdu leur efficacité et que les courants faradiques secondaires, employés généralement, n'ont donné aucun bon résultat, nous pouvons encore tonifier les muscles abdominaux par le courant d'une bobine primaire à gros fil et à interruptions lentes.

3° Et qu'après avoir agi ainsi, nous devons conserver l'espoir de rendre durable le bon résultat obtenu, par l'èmploi journalier d'exercices des muscles de la paroi abdominale, avec ou sans le secours d'une faible dose, chaque soir, de cascara ou d'aloès.

Maintenant nous avons poussé assez loin notre traitement pour avoir la certitude absolue qu'il ne séjourne plus de matière dans le gros intestin. Il nous reste encore à relever le ton de la fibre nerveuse, de la fibre musculaire, de l'intestin lui-même et des parois abdominales. Nous avons six moyens praticables d'arriver à notre but : l'hydrothérapie, l'électricité, le massage et ses adjuvants, la gymnastique, la cure thermale et les drogues.

Hydrothérapie. — L'eau à différentes tempéra-

tures peut être employée avec avantage pour restaurer la tonicité des muscles et des nerfs, à la condition de savoir en user judicieusement. On tirera peu de bénéfice d'un simple bain chaud ou froid, mais servons-nous alternativement d'eau chaude ou d'eau froide et nous pourrons obtenir ainsi des effets remarquables. Le contact de l'eau chaude sur la peau produit tout d'abord une dilatation des vaisseaux capillaires à laquelle succède bientôt une contraction. Si nous saisissons le moment où ces capillaires entrent en contraction, pour faire une application d'eau froide, nous pourrons augmenter cette contraction et produire un effet tonifiant distinct et permanent. De même, en faisant plonger le corps tout entier dans l'eau froide, nous n'obtenons qu'un bien faible résultat ; mais si nous limitons l'application à une seule région, telle que la colonne vertébrale ou l'épigastre, nous obtenons un tout autre effet. Plusieurs procédés de traitement hydrothérapique sont particulièrement utiles dans la cure de la constipation. Les voici :

1° *Massage, à la glace, de l'abdomen.* — Nous devons ce procédé au professeur Turck, ainsi que beaucoup d'autres méthodes précieuses de traitement. Le patient prend tout d'abord un bain chaud à une température aussi élevée qu'il peut le supporter sans en être incommodé. Il se couche ensuite sur un lit horizontal où il subit une friction et un mas-

sage de tout le ventre à l'aide d'un gâteau de glace. Il se produit une excitation puissante de l'estomac, des intestins, et du plexus solaire. Au lieu de tenir ce gâteau de glace à la main, l'opérateur peut le placer dans le sac de caoutchouc, que le professeur Turck a désigné spécialement à cet effet.

2° *La douche froide abdominale.* — Elle est d'une grande utilité dans le traitement de la constipation, et une des meilleures manières de l'appliquer est la suivante : Le patient est couché dans une baignoire ordinaire contenant de l'eau chaude en quantité suffisante pour recouvrir tout le corps à l'exception de l'abdomen. Un aide verse alors sur le ventre du malade l'eau d'un vase élevé de 60 à 90 centimètres. Au début l'eau peut être tiède, mais de jour en jour la température peut en être abaissée, ce pendant que malade s'y accoutume, jusqu'à ce qu'elle devienne finalement d'un froid de glace. L'élévation du vase au-dessus du patient et le nombre même de ces vases sont aussi graduellement augmentés.

3° *Douche froide de la colonne vertébrale.* — Le patient se met à genoux dans un « tub » contenant un peu d'eau chaude et il se tient légèrement penché en avant. D'après le même procédé que celui indiqué pour la douche abdominale, on lui verse sur le dos des vases d'eau froide.

4° *Le drap mouillé d'eau froide.* — Il a été spé-

cialement préconisé par Glatz[1] qui donne, pour l'appliquer, les conseils suivants :

« La friction au drap mouillé, excitante et tonique, s'exécute de la manière suivante : un drap de grosse toile écrue est trempé dans l'eau froide, puis fortement tordu. Le doucheur applique ce drap sur le dos du baigneur, en ayant soin de l'enrouler et de le serrer autour des extrémités inférieures..... Lorsque le patient est enveloppé dans le drap mouillé, le doucheur fait avec le plat de la main d'énergiques frictions sur le corps, jusqu'à ce qu'il ait communiqué une chaleur intense à la peau. Le drap est alors enlevé et l'opération est finie.

Cette application du drap mouillé est stimulante et révulsive, et par conséquent tonique et décongestive. Elle représente en petit les effets de la douche ordinaire et de la douche écossaise. »

Sans aucun doute ce traitement rend de grands services dans les cas de neurasthénie, et comme il peut très facilement être pratiqué par le malade avec l'aide d'un domestique, il est spécialement applicable à la clientèle privée.

5° *Friction avec la serviette mouillée.* — Elle est plus stimulante si l'eau employée contient un peu de sel marin. Si l'on usait du sel de Tidman, on le placerait dans un sac de grosse mousseline, que l'on immergerait pendant la nuit dans deux litres d'eau.

[1] *Dyspepsies nerveuses et neurasthénie.* Lyon, 1898, p. 24.

Au matin on retire le sac, et si la température est très froide ou si le malade n'est pas habitué aux bains froids, on peut ajouter un peu d'eau chaude. Le patient se tient debout, et on le frotte bien en tous sens avec une grande serviette turque, molle et toute imbibée de l'eau salée. Il est ensuite essuyé doucement et s'habille aussitôt. Le sel de Brill, en paquets, peut être jeté dans l'eau juste avant de s'en servir, car il se dissout instantanément.

Electricité. — Cet agent thérapeutique a une extrême valeur dans le traitement de la constipation opiniâtre, et il est indispensable dans la pratique. Il peut poursuivre trois buts :

1° Tonifier l'innervation de l'intestin.

2° Relever le ton de la musculature même de l'intestin.

3° Fortifier les muscles abdominaux.

Relever le ton du système nerveux intestinal. — Pour cela, nous faisons usage du courant continu. La méthode à suivre est très simple : elle consiste dans l'application constante des électrodes, avec de fréquentes inversions, sur les différents ganglions qui envoient leurs groupes de nerfs aux viscères abdominaux.

Il est toutefois nécessaire d'être muni d'une batterie convenable. On ne peut rien faire sans cela. Pour opérer utilement, il faut, au minimum, un groupe de trente piles, assemblées en série de préfé-

rence, un inverseur de courant, un rhéostat et un galvanomètre compris dans le circuit. Le meilleur rhéostat que nous ayons expérimenté est le contrôleur de courant de Willm. Il est tout à fait pratique, permet de graduer très délicatement le courant, et possède le grand avantage d'être applicable aussi au courant faradique.

Le mieux est d'appliquer, pour commencer, la cathode à la région épigastrique, où l'on peut présumer qu'elle agit sur le plexus solaire pendant que l'anode est maintenue successivement de une à deux minutes sur chacun des ganglions sympathiques cervicaux ; la force du courant sera de un à trois milliampères. L'anode placée ensuite derrière le cou, on fait passer pendant dix à quinze minutes un courant de dix milliampères et l'on en change le sens à maintes reprises, alors que la cathode est laissée dans sa position première. Après cela, cette électrode abdominale est portée pendant quelques minutes alternativement sur chacun des côtés de l'ombilic.

Renforcer la tonicité des muscles de l'intestin. — Des expériences récentes montrent qu'il est difficile de produire la contraction de la paroi musculaire de l'estomac ou de l'intestin, soit que l'on emploie les courants galvaniques ou les courants faradiques secondaires, si l'on se sert d'électrodes appliquées à l'extérieur du corps. Mais nos études à ce sujet

nous portent à penser qu'on peut obtenir cette contraction avec une bobine d'un genre spécial, et nous faisons allusion à une bobine primaire construite avec un très gros fil. Nous croyons que cet appareil a été introduit dans la pratique par le docteur de Watteville, et qu'il le désignait pour donner le bain faradique.

Une bobine du même genre est représentée sur la figure 3. Elle est construite de telle manière que

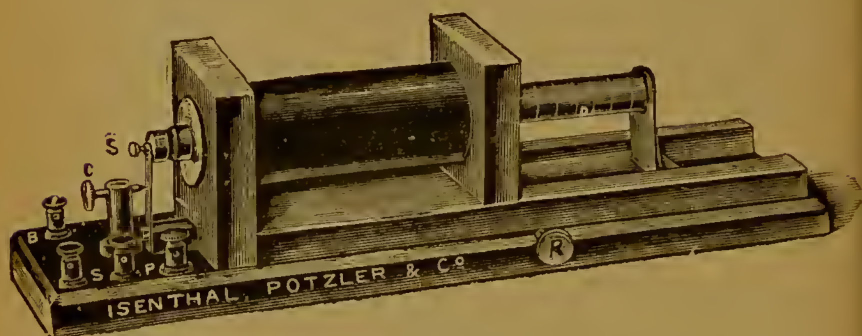


Fig. 3. — Bobine primaire. (Isenthal et Posner, constructeurs, 85, Mortimer Street, London.)

deux faisceaux de fils spéciaux peuvent être réservés pour l'électrisation des parois abdominales, tandis qu'on se sert des quatre ou cinq autres faisceaux toutes les fois qu'on désire administrer un bain électrique. On a aussi grand avantage à pouvoir régler l'intensité de son action au moyen d'une petite roue en pignon (R. fig. 3). Un des meilleurs systèmes pour avoir des interruptions lentes est celui du professeur Ewald, dans lequel le curseur

de l'armature est terminé par un arrêt mobile ; mais dans la pratique, le poids à coulisse usuel s'il est bien réglé, satisfera tous nos désirs. Une longue expérimentation d'une bobine semblable nous a prouvé qu'elle était d'un très grand secours dans le traitement de l'atonie stomacale et intestinale; et chacun peut soi-même se rendre compte, au moyen de l'épreuve au salol, de la motilité de l'estomac, et ainsi de l'accélération réelle du péristaltisme produite par elle. Les deux cas relatés à la page 38, sont des exemples des résultats vraiment excellents qu'on peut obtenir d'eux par un emploi raisonné. Pour s'en servir, placer avant tout une large électrode, d'au moins dix centimètres carrés, sur la région lombaire du patient ou sous le siège, et relier cette électrode avec l'anode. A l'autre pôle, fixer une éponge plate ou une électrode recouverte de peau de près de quatre centimètres carrés de surface. Mettre cette dernière successivement en contact avec différents points du côlon, en commençant au cæcum pour finir dans la fosse iliaque gauche. Les interruptions ne doivent pas dépasser 200 à la minute. L'essentiel est ensuite de répéter fréquemment les applications, en donnant à chaque séance une durée de près de dix minutes.

Fortifier les muscles abdominaux. — Dans ce but, le courant faradique secondaire simple peut être employé avec une électrode en forme de rouleau, de

préférence ; mais la bobine primaire faite de gros fils et que nous venons de décrire donnera, avec de lentes interruptions, un meilleur résultat.

L'électrode dont nous nous servons actuellement dans les applications sur l'abdomen est une large éponge fixée sur une poignée de bois. Nous l'avions désignée en 1889[1] pour la faradisation générale (fig. 4 et 5). Elle consiste en trois parties seulement : un bouton (A) contenant un pas de vis ; une plaque de métal (G), du centre de laquelle part la vis (F), terminée elle-même par la vis de raccord (B) ; et un disque de bois (C), à la face inférieure duquel est creusée une rainure pour recevoir le bord retourné de la plaque (G) que nous venons de citer.

Au centre du disque de bois est percé un trou suffisamment large pour permettre à la vis (F) et à sa tête (B) de passer librement.

L'éponge doit être taillée dans une de ces larges feuilles aplaties connues dans le commerce sous le nom d' « oreille d'éléphant ». Pour la fixer, vous la placez à plat sur une table et vous posez l'électrode en son milieu, après avoir dévissé aussi loin que possible le bouton et abaissé ainsi la vis (F), de façon qu'un espace soit laissé entre la plaque et le disque de bois. La position respective de l'électrode et de l'éponge se voit sur la figure 4, qui nous les montre de profil. Il reste à glisser le bord circulaire

[1] *A new sponge electrode for general faradisation.* Lancet. II, 1899, p. 270.

le l'éponge à l'aide d'un couteau à papier, dans la

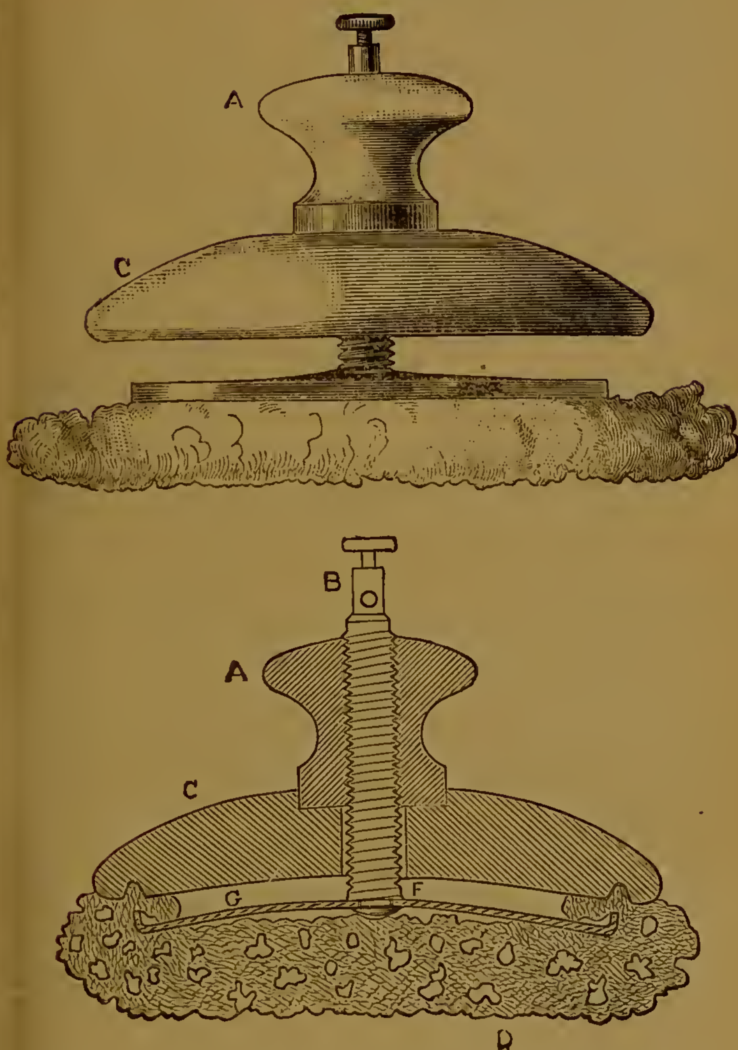


Fig. 4 et 5. — Électrode à éponge. (Isenthal et Posner, constructeurs.)

fente laissée entre le plateau et le disque de bois.

Le bouton (A) est ensuite vissé à fond. Pour changer l'éponge, on opère inversement. La figure 5 montre une coupe de l'électrode avec l'éponge en place; son bord est fortement saisi entre le bord retourné du plateau et la face inférieure du disque.

Les avantages de cette électrode pour la pratique abdominale sont les suivants :

1° Sa large surface (trois à quatre centimètres de diamètre).

2° La facilité avec laquelle l'éponge peut être enlevée et remplacée.

3° Sa ferme consistance, qui permet de faire avec elle un massage énergique.

Pour l'appliquer, on pose à plat la paume de la main sur la face supérieure du disque, et l'on tient ferme le bouton entre le pouce et l'index.

Pour appliquer l'électricité a l'intérieur du rectum. — Une des meilleures électrodes est le « câble gyromèle » de Turck. Il est tout à fait inoffensif, et il n'est plus nécessaire d'injecter préalablement de l'eau dans l'intestin. Si elle est bien humide et savonnée, l'extrémité en éponge passera aisément le sphincter, et l'on pourra facilement la faire pénétrer jusqu'à l'S iliaque. On se sert des courants faradiques, et le pôle positif est placé intérieurement, pendant que le négatif est appliqué au moyen d'une large plaque-électrode sur la partie inférieure gauche de l'abdomen.

Bien qu'ordinairement l'application électrique externe suffise pour rendre à l'intestin sa tonicité, il est cependant quelques cas où il peut être utile d'avoir recours à la faradisation interne ; et ceci notamment dans les conditions suivantes :

1° Après l'expulsion d'abondantes matières stercorales hors du rectum, il se produit généralement une atonie persistante qu'on corrige difficilement. Dans de tels cas, l'application interne nous a souvent donné de bons résultats.

2° L'atonie du rectum, se rencontre chez des gens qui ont fréquemment négligé de satisfaire le besoin de se présenter à la garde-robe. Ainsi que nous l'avons vu à la page 7, normalement l'arrivée des fèces dans le rectum éveille aussitôt un reflexe qui nous avertit que l'intestin réclame une exonération immédiate. Si ces incitations des nerfs afférents se heurtent continuellement à une résistance volontaire du patient, un moment viendra inévitablement où la présence des matières dans le rectum ne se fera plus sentir. La sensibilité nerveuse s'émoussera, s'affaiblira, et le malade en sera réduit à demander un surcroît d'excitation à des suppositoires de glycérine ou à des injections.

3° Dans la dilatation du côlon sigmoïde.

Massage. — Il est probable que l'on a exagéré la valeur du massage comme agent thérapeutique dans l'atonie intestinale. Il a, en effet, des inconvénients, et

nous ne devons pas l'employer par simple routine dans notre pratique de chaque jour.

Les deux principales objections qui viennent à l'appui de ce que nous avançons sont les suivantes :

1° Pour qu'il ait sa valeur dans le traitement de la constipation, il faut que l'opérateur possède des connaissances techniques spéciales que seul un médecin peut avoir. Sans cela il devient inutile. Ceux qui pratiquent le massage sont innombrables, et bien peu parmi eux ont eu l'occasion d'acquérir ces connaissances.

2° Un massage exécuté dans un cas de constipation par un masseur ordinaire peut être *réellement dangereux*. En présence des conditions spéciales dans lesquelles se trouvent certains constipés, quelques-uns seulement des opérateurs entraînés à une pratique courante seront assez instruits pour rendre même suffisamment inoffensives leurs manipulations faites sur l'abdomen. Nous nous élevons contre certains massages même exercés par des mains expertes, et nos lecteurs nous approuveront, je pense, quand ils auront lu les lignes suivantes écrites à ce sujet. Elles sont extraites d'un livre tout récent sur la constipation [1]. En parlant des « manipulations ayant pour but de rompre les fèces accumulées » probablement dans le cæcum, on nous dit :

« Les doigts des deux mains étendues placés sur

[1] Illoway. *Constipation in Adults and Children*. Macmillan et C°, London, 1897, p. 221.

le cæcum, on exerce avec la pulpe une forte pression, de manière à briser les matières accumulées et durcies en les comprimant contre la paroi postérieure du bassin. »

Il est vrai que de cette manière nous briserons certainement les masses stercorales indurées qui encombrent le cæcum, mais nous courons aussi le risque de faire pénétrer quelques fragments de matières dans l'appendice dont on force l'ouverture et le cæcum lui-même peut se rompre. En outre, il y a un danger, c'est que le masseur ou la masseuse inconsciemment, ne prennent pour une masse stercorale ce qui, en réalité, n'est qu'un appendice hypertrophié et enflammé, un abcès de la trompe, un kyste ovarique, ou un paquet d'intestins soudés ensemble par une ancienne péritonite localisée. La méthode à employer, la plus sûre et la plus profitable, en face de ces tumeurs abdominales ou pelviennes possibles, est celle des larges douches successives que nous avons déjà décrites. Ceux qui préconisent le massage dans le traitement de la constipation disent bien haut qu'il active la circulation des parois intestinales, provoque la contraction des fibres musculaires et stimule le système nerveux qui préside aux fonctions des viscères abdominaux. A notre avis, nous obtiendrons tous ces bons effets bien mieux, plus vite, et plus sûrement par l'emploi de la vibration mécanique. Disons quelques mots sur les débuts de cette méthode thérapeutique.

Le premier qui se servit de la trépidation comme moyen thérapeutique fut probablement Ling; Zander vint après; et ce dernier traitait par elle déjà depuis quelque temps divers troubles nerveux quand, en 1877, Hovath[1] fit une première communication sur ce sujet à la Société de Biologie. L'année suivante, il exposa ses théories dans un article où il traite de l'influence sur la vie, de l'immobilité et du mouvement; et là, il affirme qu'on arrive à stériliser, en l'exposant à l'action de chocs répétés, un liquide contenant des germes. La même année, Vigouroux[2], qui assistait Charcot dans sa clinique de la Salpêtrière, commençait à expérimenter les effets du système vibratoire sur certaines formes d'affections nerveuses. De ce fait qu'il a eu affaire principalement à des sujets hystériques, on pourrait douter des résultats obtenus, mais nous voyons aussi que plus d'une fois il a manifestement soulagé les douleurs des tabétiques. En 1880, Reinke publia un article de valeur sur les effets de la vibration, dans lequel il établit que le développement des germes est visiblement retardé par les vibrations acoustiques. Dans la même année, Baudet[3] avançait qu'il était facile de produire une anesthésie locale à l'aide des vibra-

[1] ALEXIS HOVATH. *Ueber den Einfluss mechanischer Erschütterung auf die Entwicklung der Spaltpilze.* Pflüger's Archiv., Band XXIII, 1880, p. 434.

[2] VIGOUROUX. *Progrès médical,* 1878, p. 746.

[3] BAUDET. *Traitement de la douleur par les vibrations mécaniques.* Progrès médical, 5 février 1881.

tions mécaniques, et que par ce procédé on pouvait lutter efficacement contre des douleurs diverses.

Nous voyons que, dans cette voie, le premier praticien anglais à citer est Mortimer Granville. Après avoir écrit plusieurs articles dans les journaux en 1882, il publia l'année suivante un petit ouvrage traitant très complètement du côté technique de cette question[1]. L'appareil qu'il construisit afin de donner ces vibrations consistait principalement en un puissant électro-aimant muni d'une armature vibrante et mis en rapport avec l'interrupteur d'une bobine faradique. A cette armature était fixée une tige terminée par un disque ou une brosse que l'on appliquait sur le malade. La machine était entièrement portative; l'électro-aimant recouvert de cuir était porté à la main. Il était possible avec cet instrument, en changeant le contact de platine, d'obtenir des vibrations à deux vitesses différentes. Les critiques qu'on pouvait lui faire étaient :

1° Un entretien difficile. Par suite du fort courant nécessaire pour actionner l'appareil, les contacts de platine demandaient fréquemment à être remplacés.

2° Les effets obtenus par son application n'étaient pas ceux d'une vibration véritable, mais en réalité ceux d'une rapide succession de chocs. En appuyant fortement sur une surface osseuse, les parties sous-jacentes recevaient une vibration, mais cette vibra-

[1] Mortimer Granville. *Nerve vibration and excitation*. London, 1883.

tion provenait d'un mouvement antéro-postérieur et non pas d'un mouvement latéral.

Depuis le livre de Granville les principaux travaux qui ont paru sur ce sujet sont les articles de Schmidt[1], Meltzer[2], et Charcot[3]. L'œuvre la plus importante est celle de Meltzer, dont les expériences offrent un grand intérêt. Il nous montre en définitive que la vibration produit un ébranlement direct des molécules qui forment la substance même des cellules. Il conclut, se fondant sur les résultats de ses observations, que la vibration modifie la nutrition ; il soutient qu'une vibration douce stimule les reconstitutions et qu'une vibration forte produit rapidement du catabolisme.

Dans cette dernière année nous voyons apparaître ce mode de traitement sous l'expression très heureuse de *sismothérapie* (σεῖσμος, tremblement ; θεραπεία, traitement). En même temps qu'il donnait à cette méthode vibratoire le seul nom qui la définisse correctement, Jayle, assistant de S. Pozzi à l'hôpital Broca, la faisait pénétrer on peut dire le premier dans le domaine gynécologique. Aidé de M. de Lacroix de Lavalette, il a pris avec grand soin

[1] SCHMIDT. *Ueber den Einfluss der Bewegung auf das Wachstun und die Virulenz der Microben*. Archiv. für hygiene. 1898. Bd. XIII.

[2] MELTZER. *The Importance of Vibration to Cell Life*. New-York, Medical Journal. décembre 1892.

[3] CHARCOT. *La Médecine vibratoire*. Le Progrès médical, 1892, p. 131.

le nombreuses observations et nous lisons dans ses onclusions : « elle donne les mêmes résultats que e massage manuel, décongestionne le bassin, favo-ise la circulation intestinale, peut-être agit parfois sur le système nerveux local ou général ».

En passant en revue tout ce que l'on a dit sur ce sujet nous voyons que l'on a fait un large emploi de a vibration dans le traitement des désordres fonc-ionnels du système nerveux; mais on s'étonne de rouver si peu de tentative de son application locale our lutter contre l'atonie du tube gastro-intestinal.

Le meilleur appareil pour exercer des vibrations sur les viscères abdominaux est celui qu'a inventé Liedbeck, médecin suédois. Il consiste en une machine actionnée par un système de roues multiplicatrices qu'on tourne avec la main à l'aide d'une manivelle. En transformant ce côté de l'appareil et en lui adaptant un moteur électrique convenable, on a un système pratique dont on peut tirer tout le profit désirable.

L'appareil, tel que le montre la photographie jointe au texte (fig. 6) comprend les parties suivantes :

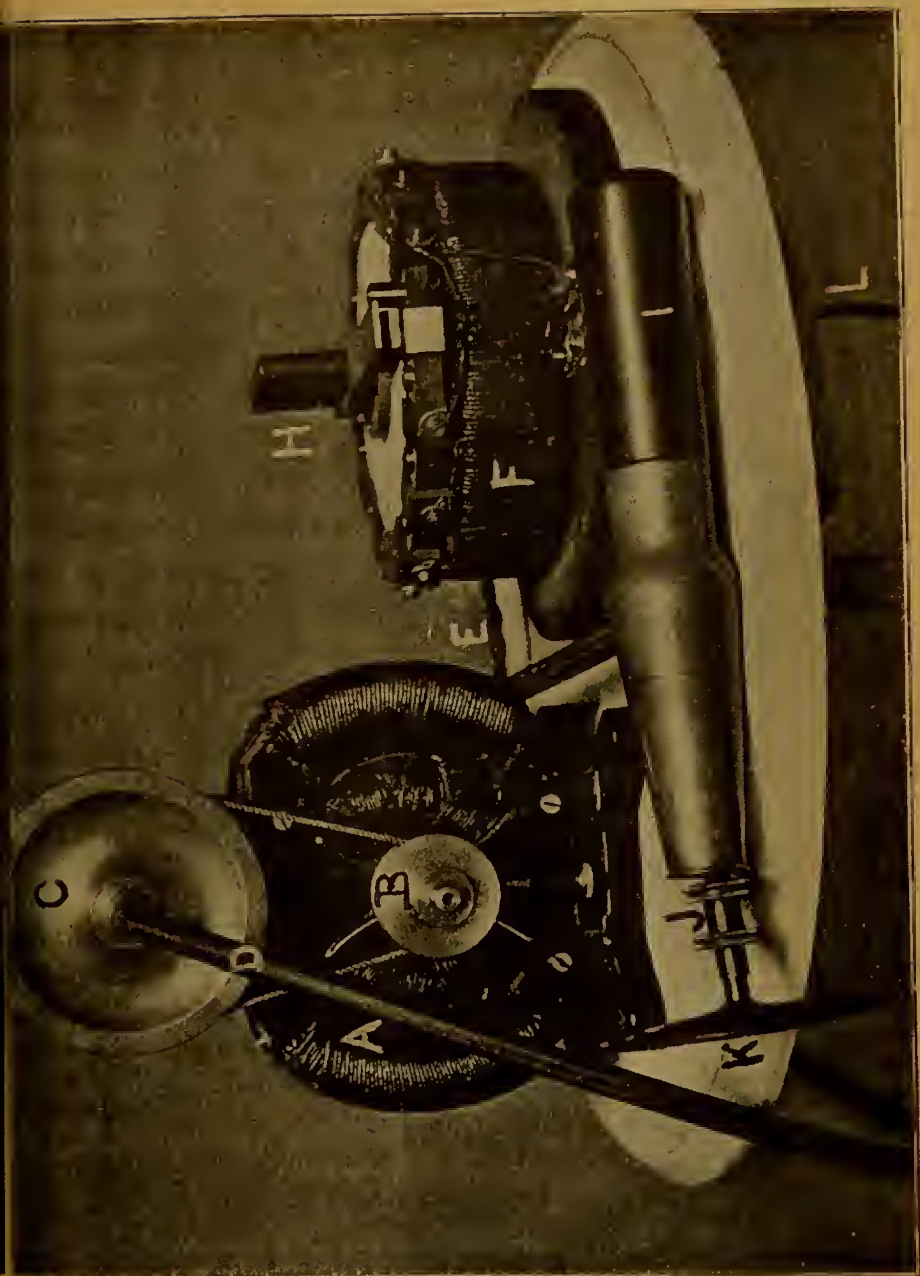
La poignée (I). — Elle contient une barre oscillante à laquelle un mouvement alternatif de va-et-vient est communiqué par l'intermédiaire d'un excentrique placé sur l'axe auquel est vissé le câble (D) au moyen d'une douille spéciale. Cette barre

porte à son extrémité un orifice destiné à recevoir la tige ou le montant qu'on voit au centre du contact (K).

Les contacts. — Ce sont ceux qu'on applique actuellement sur le corps du patient. Ils sont de formes différentes : disque, bloc de caoutchouc, de métal, tampon de cuir. Le plus utile, en général, est représenté dans la gravure en (K). Il consiste en un disque de métal à surface ondulée; il porte d'un côté à son centre une tige par laquelle il se fixe à la partie mobile de la poignée.

Le câble (D). — Il sert à transmettre à l'axe de la poignée le mouvement donné par le moteur, et il consiste en un flexible recouvert d'un tissu tressé. A chaque extrémité est une vis pour le fixer d'un côté à la roue actionnée par le moteur, de l'autre à l'axe de la poignée.

Le moteur (A). — Dans la machine suédoise originale, il consistait en une boîte contenant un système d'engrenage. A l'aide de la poignée fixée sur un des côtés on pouvait communiquer au câble un mouvement de rotation de près de 200 tours à la minute. Les défauts de cet appareil étaient tout d'abord la présence nécessaire d'un troisème aide pour tourner la poignée et maintenir la boîte immobile, ensuite l'impossibilité d'obtenir une marche uniforme sans avoir une longue pratique, et enfin la difficulté



… — A, moteur; B, C. poulies réductrices; D, câble; E, fil conducteur; …bine régulatrice; H, manette; I, poignée; J, barre oscillante; K, contact; …rce électrique. (Geere Howard, constructeur, 10, Berners Street W, London.)

d'arriver à une vitesse suffisante. Pour parer à ces inconvénients nous avons fait construire un moteur qui, avec un courant de 100 volts — tel que celui fourni aux maisons d'habitation pour l'éclairage — donne à l'axe du moteur une vitesse de 2000 tours à la minute. Cette vitesse, à l'aide de la poulie réductrice (C) accolée au moteur, est ramenée à une vitesse uniforme de 200 tours communiqués directement au câble. L'addition de la bobine régulatrice (F) permet de varier le nombre des tours à la minute de 50 à 200. Cette bobine est sous la dépendance de la manette (H) ; elle est réunie au moteur par le fil (E) et à la source d'électricité par le câble (L).

Technique de la méthode vibratoire, ou sismothérapie, appliquée à la cure de la constipation. — Le patient est couché à la droite de l'opérateur, sur un lit plat et ferme. Le moteur décrit plus haut est vissé à une table appropriée ; il est placé à une distance de la couche telle que le câble soit tendu au moment où le disque vibrateur est appliqué sur l'abdomen. Avec la main gauche, l'opérateur tient le vibrateur, avec la droite il règle la bobine. Il vaut mieux commencer par placer le disque sur la région épigastrique. Là, on le tient légèrement appliqué sur la peau, le laissant peser seulement de son propre poids, pendant qu'une vibration rapide agit pendant près de deux minutes. Il est ensuite porté sur la région du cæcum, où l'on exerce une vibration

beaucoup plus lente. Après une pose de deux minutes à cette place on glisse lentement le long du côlon en parcourant 2 à 3 centimètres par seconde, jusqu'à ce que l'on ait atteint la fosse iliaque gauche. Sur ce point, on peut s'attarder plusieurs minutes. On se reporte alors à la fosse iliaque droite, et l'on agit à nouveau de même. A la fin de la séance, on fait asseoir le malade et on passe ordinairement une ou deux fois le disque vibrateur du haut en bas de la colonne vertébrale, en exerçant une forte pression.

Les résultats obtenus par cette méthode ont été très satisfaisants; et il est arrivé fréquemment que les intestins se mirent à réagir peu d'instants après une séance. Plusieurs cas de constipation habituelle ont été traités avec succès par la vibration seule ; mais il vaut évidemment mieux y adjoindre les courants galvaniques, que l'on fait agir sur les splanchniques et le plexus solaire.

Si l'on était manifestement en présence d'une faiblesse des muscles abdominaux, le malade devrait mettre journellement en pratique les exercices gymnastiques énumérés dans le paragraphe qui suit.

Gymnastique. — Le but des exercices gymnastiques dans le traitement de la constipation est, nous dit Albert Mathieu, de « provoquer la contraction des tuniques musculaires de l'intestin » et surtout, de renforcer les muscles abdominaux.

Ils jouent en effet un très grand rôle dans l'acte de la défécation et la faiblesse de ces muscles est plus commune qu'on ne le suppose généralement; ce qui peut s'expliquer par ce fait que bien peu des exercices auxquels nous nous livrons ordinairement les mettent en action.

Trois exercices sont d'un grand secours pour restaurer les forces de la paroi musculaire de l'abdomen.

1. Le patient est couché à plat sur le dos, on lui pose quelques coussins sur les pieds. Les mains étendues sur le ventre, il vient lentement à la position assise. Ensuite, il se laisse doucement aller en arrière, pour reprendre sa position première. C'est là un des exercices les plus propres à développer les grands droits abdominaux.

2. Couché sur le dos, on élève les deux jambes jusqu'à ce qu'elles soient à angle droit avec le tronc. On les abaisse lentement ensuite.

3. Le patient tire sur une corde attachée à un anneau ou à un crampon fixé dans le parquet. On exerce de la sorte les muscles obliques de l'abdomen, qu'il est très difficile de mettre en jeu d'une autre manière.

Au sujet de ces exercices, nous sommes redevables au docteur Harry Campbell de nous avoir fait remarquer qu'on ne rencontrait presque jamais d'obèses parmi les marins, qui continuellement hâlent des cordages. Avec un peu d'ingéniosité, on pourrait

imaginer un appareil fait avec une corde sans fin engagée dans une poulie à frein. On aurait ainsi une reproduction exacte, ou du moins l'équivalent de l'effort musculaire que l'on fait en hâlant à bord d'une barque.

Ces exercices devront être exécutés matin et soir. Au début seulement une fois l'un ; on en augmentera graduellement le nombre jusqu'à ce que les muscles affaiblis aient retrouvé une force suffisante.

Bien d'autres exercices agissent très favorablement dans le même sens. L'un des meilleurs est le suivant : Prendre une paire d'haltères moyennement lourds et les placer sur le parquet tout près du bord externe des pieds. S'abaisser et les saisir, un dans chaque main. Se redresser graduellement jusqu'à être complètement debout, tout en laissant les mains pendantes de chaque côté du corps. Maintenant, fléchir les deux bras jusqu'à ce que l'on ait porté chaque haltère sous l'aisselle correspondante. Les bras dans cette position, se lever sur la pointe des pieds. Se rabaisser lentement et faire inversement la série de mouvements jusqu'à ce que les haltères soient replacés sur le parquet.

Nous avons reconnu à un autre exercice une valeur toute spéciale pour les sujets ayant des tendances à l'embonpoint : Prendre des haltères de poids moyen, un dans chaque main ; les porter près des orteils comme pour les atteindre et approcher ainsi le plus

près possible du parquet. Dans ce mouvement, toute la flexion du corps doit se faire au niveau des hanches. Chercher maintenant à s'imaginer que l'on tourne la poignée d'une manivelle placée près de soi. Tenant ensuite les bras allongés et bien éloignés du corps, se redresser comme pour ramener des rames. A ce moment, fléchir les bras et porter les haltères près du menton ; les abaisser enfin jusqu'à ce qu'ils reviennent à la première position. On peut continuer le même mouvement aussi longtemps qu'on en est capable.

Les effets de cet exercice sur les muscles du ventre sont très marqués.

Il est un appareil simple et bien propre à renforcer les muscles abdominaux ; c'est celui du professeur Turck [1]. Toutefois, on peut convenablement le remplacer et sans beaucoup de peine de la façon suivante :

On se procure deux cordes épaisses de caoutchouc de près de 60 centimètres de longueur ; aux deux extrémités de chacune d'elles, on attache un petit anneau métallique. Deux crochets sont vissés, à près d'un mètre l'un de l'autre, dans le haut du cadre de bois d'une porte ordinaire. On prend ensuite un manche à balai d'un mètre de long et on enfonce à chacune des extrémités un clou à tête de cuivre

[1] Câbles Gyromèles du professeur Turck et autres appareils construits par MM. Truax and Greene, 75, Wabasch avenue. Chicago.

de 10 centimètres de longueur, de façon à ce qu'il dépasse seulement de 2 à 3 centimètres.

Pour se servir de l'appareil, on ouvre la porte, on passe deux des anneaux ajustés aux tiges de caoutchouc dans les crochets fixés au-dessus de la porte et l'on fait entrer les deux têtes de clous, enfoncés aux extrémités de la barre de bois, dans les deux autres anneaux métalliques. L'on a ainsi une sorte de trapèze suspendu dans l'encadrement de la porte.

Pour s'exercer, il faut saisir la barre avec les mains, avancer ensuite de quelques pas en s'éloignant de l'ouverture de la porte jusqu'au moment où la barre arrive au-dessus de la tête. On fléchit alors le corps en avant en portant les bras droit devant soi. Les bras doivent être maintenus tendus et dans le prolongement de la ligne du tronc. Le mouvement doit se faire en contractant les muscles du ventre et non pas ceux des bras ; il a pour effet de produire une forte contraction pour lutter contre la résistance de la corde de caoutchouc.

Le meilleur moment pour faire ces exercices est le matin au saut du lit et le soir avant de se coucher.

On ne doit pas continuer un mouvement jusqu'à provoquer de la raideur ; on doit avoir comme principe de le cesser aussitôt que l'on ressent une légère fatigue et de passer au suivant. Aux malades dont la faiblesse musculaire abdominale est extrême, ne demandons au début de chaque exercice qu'une seule fois, et rappelons-nous que les mouvements doivent

être exécutés lentement, avec régularité et sans saccade.

Alors que se développeront les forces du malade, on augmentera prudemment le nombre de chacun de ces mouvements. Il est bon de faire suivre l'exercice du matin du genre d'hydrothérapie que l'on préfère.

Comme traitement de la constipation et d'autres états atoniques des viscères abdominaux, l'usage de la bicyclette est très profitable. On peut s'expliquer son action par ce fait, relaté par Illoway, mais reconnu il y a vingt ans déjà par Braune[1], que la flexion et l'extension répétées de l'articulation de la hanche accèlent grandement le passage du sang de la veine crurale à la veine cave inférieure. C'est là apparemment un effet purement mécanique dû à la conformation des couches aponévrotiques avec lesquelles ces vaisseaux sont en rapport. Non seulement la circulation des lymphatiques est rendue plus facile, mais encore les fonctions des viscères abdominaux sont stimulées par cet excès d'oxygène qui leur est apporté. Par suite, le péristaltisme en est augmenté, car ce fait est bien connu que l'acide carbonique est une gêne et l'oxygène un excitant apportés aux mouvements intestinaux ; le premier les retarde, le second au contraire les accélère.

On peut demander au canotage un effet en tout

[1] Braune. *Die Oberschenkel Vene in anatomischer und klinischer Beziehung*. Leipzig, 1873.

pareil; ce sport est en effet une des meilleures formes d'exercices auxquels peuvent s'adonner les constipés. On peut le remplacer avec quelque avantage par différentes machines variées que l'on construit actuellement; et les plus pratiques sont encore celles qui sont munies d'un siège mobile. Elles ont toutes, cependant, l'inconvénient d'être embarrassantes et coûteuses.

Cure thermale. — Certaines stations thermales, telles que Karlsbad, Marienbad et Brides contiennent : la première 2 gr,59 de sulfate de soude, la seconde plus du double et on compte 2gr,10 de sulfates composés dans la troisième. Ces eaux doivent agir comme purgatifs directs surtout en gênant, par la présence de leurs sels, l'absorption des liquides sur le trajet du gros intestin.

D'autres, dont le principe actif est le chlorure de magnésium semblent avoir une action plus complexe et atteindre la lésion intestinale elle-même. C'est ainsi que la cure à Kissingen et à Châtel-Guyon a des effets plus durables dans les cas de constipation habituelle, surtout quand on associe à la médication thermale, comme on le fait dans cette dernière station, les différents modes de traitement dont nous venons de parler.

Réglementation de la diète.

Certains aliments peuvent être une cause de cons-

tipation pour de nombreuses raisons que nous groupons ainsi :

1° Ils contiennent du tanin ou quelque substance astringente analogue. Leur usage continu tend à diminuer la sécrétion normale des parois intestinales, et les fèces sont alors desséchées plus que d'ordinaire. Comme exemples de cette catégorie on peut citer les vins rouges de Bourgogne et de Bordeaux.

2° Ils sont privés de cellulose. Et dans ce groupe nous pouvons ranger les mets préparés avec des céréales ou avec une farine quelconque : tels que le riz, le tapioca, le sagou et les pommes de terre.

3° Ils sont d'une digestion difficile; et comme ils ne sont pas suffisamment excitants pour augmenter le péristaltisme ils tendent à s'accumuler dans les intestins.

4° Leur digestion est au contraire trop facile. Dans notre civilisation moderne on a tendance à préparer une nourriture telle qu'elle soit facilement acceptée par l'estomac. On peut pousser cette pratique à l'excès et il est aisé de se rendre compte qu'en se mettant à un régime de plats soigneusement préparés dans le but de ne pas laisser de résidu non digestible, on mettra un obstacle matériel au bon fonctionnement de l'intestin. Albert Mathieu dit à ce sujet [1] : « La constipation est volontiers

[1] Albert Mathieu. *Thérapeutique des maladies de l'intestin*, 2e édition. p. 51.

amenée et en tout cas exagérée par une alimentation qui laisse peu de résidu. »

5° Ils peuvent contenir des sels de chaux. La chaux est reconnue pour un astringent, même à petite dose. Nous ne savons exactement quelle en est la raison, bien que le docteur Sidney Ringer ait dit que les fonctions cellulaires fussent impossibles dans un milieu où elle se trouvait en excès. Il est ce fait certain qu'on rencontre plusieurs cas de constipation obstinée dus sûrement à l'usage de certaines eaux « dures ».

6° D'autres aliments peuvent enfin constiper sans autre raison apparente que la façon particulière dont certains sujets se comportent à leur égard.

Par contre, telle autre nourriture est laxative parce que :

1° Elle contient une forte quantité de cellulose. — Le seigle, l'avoine, le chou, l'asperge, les épinards et les carottes se rangent dans cette première division.

2° Elle contient des sels purgatifs et du sucre (voir page 75). — Dans ce groupe nous trouvons : les pruneaux, les pommes, le tamarin, la choucroute et la marmelade d'orange.

3° Elle contient des stimulants hépatiques. Comme exemple, nous pouvons citer la dent-de-lion, salade bienfaisante, qui a même un léger caractère médicinal.

4° Elle est riche en graisse, et de ce chef particulièrement laxative.

Avec l'étude et le classement que nous venons de faire, nous n'aurons aucune difficulté à instituer maintenant à un malade le régime de table qui lui conviendra pour qu'il soit assuré d'une évacuation journalière. N'oublions pas en outre qu'il doit boire abondamment, et ayons le soin de lui proscrire les eaux « dures ». Dans les localités où l'on ne pourrait se procurer que de telles eaux, il est important d'insister pour que le malade ne boive que de l'eau traitée par un des procédés bien connus pour corriger cette « rudesse ». Ces précautions ne doivent pas être prises seulement pour l'eau de boisson mais encore pour celle qui devra servir, à laver les légumes tels que salades, à cuire les pommes de terre, en un mot à tous les usages culinaires, sans celà nos prescriptions seraient de bien peu d'effet. Le petit-lait est un excellent laxatif, car il contient à la fois de la graisse et du sucre de lait.

De l'emploi des drogues.

Nous pouvons diviser en deux groupes toutes les substances médicinales dont on use en matière de constipation. Dans le premier nous plaçons celles qui agissent localement sur l'intestin comme évacuants directs, dans le second celles qui indirectement favorisent la succession des phénomènes précédant une exonération.

A. *Drogues qui agissent comme évacuants directs. Apéritifs et laxatifs.*

Toute substance fortement irritante, qui, appliquée sur la peau, produit de l'inflammation ou de la vésication, purge si elle est introduite en petite quantité dans l'intestin. A ces faibles doses elle augmente le péristaltisme du gros intestin en même temps qu'elle active le fonctionnement des glandes intestinales ; et l'intestin en arrive ainsi à se vider de son contenu. En tout cas, son action ne s'exerce probablement pas sans produire en même temps une certaine hypérémie.

Seulement un nombre limité de telles substances peut être employé dans la pratique, parce qu'elles sont ou volatiles ou solubles, et que les cristalloïdes sont rapidement absorbés par l'estomac avant d'avoir eu le temps d'atteindre le tube intestinal. Nous sommes ainsi contraints de limiter notre choix à celles qui sont ou de forme colloïde ou insolubles dans l'eau. Le plus grand nombre d'entre elles sont dissoutes et rendues digestibles par les alcalins de l'intestin grêle, ou encore transformées chimiquement en substances irritantes. Dans la première catégorie se rangent le jalap, la gomme-gutte, la coloquinte, les huiles de castor et de croton ; dans la seconde, le calomel et le soufre. Il est à noter que le jalap, la gomme-gutte, l'aloès et la coloquinte à l'état brut sont beaucoup plus actifs que les soi-

disant principes actifs que l'on en extrait. Ainsi, l'aloïne cristallisée n'est pas à vrai dire un purgatif. Cela s'explique par ce fait que ces gommes colloïdes passent facilement dans l'intestin à l'état d'émulsion.

Des expériences de Buckheim et de Krause il ressort que les effets purgatifs du soufre sont dus probablement à sa transformation en sulfite de sodium dans le tube intestinal. Ce corps est un irritant très actif, et sa présence en petite quantité dans l'intestin, où il se forme lentement par modification de la dose de soufre ingérée, accélère le péristaltisme. La production du sulfite est en rapport non pas avec la dose de soufre prise, mais avec la quantité d'alcalins utilisables qui se présente. Pour cette raison, la dose que l'on donne à prendre par la bouche est, dans de certaines limites, de peu d'importance.

Quant au calomel, il a été prouvé qu'il agit comme purgatif par effet direct sur l'intestin ; et en effet, son action se fait sentir avant qu'il n'ait eu le temps d'être absorbé par le courant circulatoire. Cette action immédiate du calomel et des pilules bleues ne doit pas être mise en parallèle avec les symptômes d'irritation intestinale qui visent l'absorption des mercuriaux par l'organisme, dans le cours d'un traitement. Suivant Brandis, il est reconnu que la cure de frictions à Aachen est suivie de diarrhée.

Dans un autre groupe de purgatifs directs, on classe ceux qui tout en n'étant que de faibles stimulants de l'intestin, agissent surtout en empêchant

l'absorption des liquides sur le trajet du gros intestin. De ce nombre sont les sels alcalins « apéritifs » ; et comme types on peut prendre les sulfates de sodium et de magnésium. Tous les phosphates, les tartrates, les sels extraits des fruits, ainsi que les substances colloïdes telles que le sucre et la manne agissent de même manière.

« En raison de leur défaut de tendance à passer à travers les membranes par endosmose, les substances de cette catégorie pénètrent difficilement dans les tissus, et pour cette raison ne causent pas d'irritation appréciable de la peau et des muqueuses. Dans l'intestin elles sont absorbées péniblement; ce qui fait que leur solution gagne le gros intestin et prévient la dessiccation des masses fécales, qui sont alors expulsées à l'état liquide, entraînant avec elles la plus grande partie de ces sels. Bien que ceux-ci n'occasionnent pas l'inflammation de la muqueuse très délicate, ils causent cependant une légère stimulation qui suffit à augmenter le péristaltisme et favorise l'évacuation de selles liquides .» — Schmiedeberg[1].

B. *Drogues favorisant indirectement la succession des phénomènes qui précèdent une exonération.*

Nous trouvons dans ce groupe :

1° Les agents médicinaux qui augmentent la sen-

[1] Schmiedeberg. *Elements of Pharmacology*, 1887, p. 129.

sibilité réflexe des ganglions nerveux présidant aux mouvements de l'intestin, et accroissent ainsi le périsaltisme.

Telles sont la trychnine, l'ésérine, la nicotine et la muscarine.

De tous les corps, l'ésérine est celui qui semble avoir une action la plus directe sur les mouvements de l'intestin ; et en petites doses répétées elle offre de sérieux avantages dans les cas d'atonie du tube gastro-intestinal. La nicotine sous la forme d'un cigare le matin est, comme nous le savons tous, un remède qui n'est pas à repousser dans la constipation chronique.

2° Les médicaments qui calment le spasme de l'intestin.

Le principal d'entre eux est sans contredit la belladone. Un des faits les plus intéressants de la pharmacologie, est l'antagonisme qui existe entre la belladone et la muscarine. « La muscarine détermine une violente irritation des organes périphériques, tandis que l'atropine provoque leur paralysie..... Chez les mammifères elle produit de violentes contractions tétaniques de l'estomac et de l'intestin.... Tous ces symptômes ainsi que la suspension des mouvements du cœur de la grenouille, disparaissent entièrement sous l'influence d'une dose correspondante d'atropine : d'autre part ces phénomènes ne se manifestent en aucune manière toutes les fois qu'un animal aura été atropinisé, pourvu que la

dose d'atropine ait atteint le degré d'efficacité voulu. » Schmiedeberg.

Il est très utile pour nous de connaître cet antagonisme, depuis le jour où on a prouvé qu'au moins une des substances toxiques formées dans le cours de la digestion était de même nature que la muscarine. C'est fort probablement à une forme d'auto-intoxication semblable que nous devons attribuer certains spasmes de l'intestin accompagnés de rétention. L'action de la belladone portant secours à des cas de constipation opiniâtre, serait ainsi expliquée..

Quant à la valériane et l'assa-fœtida, les pharmacologistes ont été incapables d'établir, par expérience directe, leur pouvoir antispasmodique : cependant de nombreux faits cliniques témoignent de leur utilité en maintes circonstances.

3° Drogues qui augmentent les sécrétions du tube gastro-intestinal et de ses associés directs, le foie et le pancréas.

Nous avons sur elles des données indécises ; toutefois on sait que le chlorure d'ammonium accroît l'activité des glandes intestinales[1]. C'est grâce aux intéressantes recherches du Dr Lockhart Gillespie que nous avons quelques connaissances des effets de cette substance.

[1] Action des acides et des alcalins ainsi que de quelques autres drogues sur les sécrétions de l'homme bien portant et de l'homme malade. *Medical Press and Circular*, oct. 3, 1894.

La sécrétion hépatique est rendue plus abondante par l'emploi de certaines drogues d'origine végétale telles que l'évonymine, l'iridine et le chionanthus.

4° Médicaments agissant favorablement sur le système nerveux.

Les plus employés sont : le valérianate de zinc, le nitrate d'argent, l'ergot, l'arsénic et le glycérophosphate de soude. Le glycérophosphate de chaux doit être mis de côté, comme astringent.

Comment régulariser les fonctions intestinales dans le cours du traitement.

Dans le début nous devons nous préoccuper de repousser bien loin les purgatifs, sauf dans des cas exceptionnels où ils restent indipensables ; et comme exemple, nous pouvons citer une faiblesse congénitale des couches musculaires de l'intestin. Qu'il nous suffise donc d'avoir recours aux pratiques suivantes :

1. Usage quotidien d'un petit lavement d'eau froide. L'eau tiède relâche les tissus de l'intestin, tandis que l'eau froide ou très chaude agissent comme toniques. Le plus généralement on emploie dans la pratique l'eau froide ; elle ne cause aucun préjudice au malade. Pendant le traitement on commence à donner une injection de peu de volume. Alors que l'intestin revient peu à peu à ses fonctions normales, elle devient de moins en moins utile,

jusqu'au moment où l'on peut totalement s'en passer. Si un matin on n'a pas eu de gardes-robes, on donne une injection le matin suivant, telle est la règle.

2. Le suppositoire de glycérine. — S'en servir seulement par occasion, lorsque l'état du malade réclame une évacuation immédiate. L'employer constamment serait aggraver définitivement l'affection.

3. *Le lavement d'huile.* — A côté de son utilité comme dissolvant des stercores entassées dans le rectum (voir p. 23), il est un des meilleurs agents que nous possédions pour rendre quotidiennes les fonctions de l'intestin. On doit avoir recours à lui chaque fois que, dans le cours d'un traitement, le simple lavement d'eau froide est impuissant. Autant que possible, il doit être administré par le praticien lui-même, et dans ce cas on se sert d'un entonnoir ordinaire en verre. Un long tube à côlon est introduit dans l'intestin à près de $0^m,30$ de profondeur ; à courte distance est placé l'entonnoir avec lequel il communique. Le patient est couché sur le lit, sur le côté, le bassin relevé de quelques centimètres. Près de lui se place le médecin, qui, de la main gauche, élève d'environ trente centimètres l'entonnoir, pendant que de la main droite il verse lentement l'huile préalablement chauffée. On ne doit pas porter l'entonnoir à plus de soixante centimètres au-dessus du malade, et l'huile doit pénétrer avec beaucoup de lenteur dans l'intestin, à ce point que l'opération doit demander au moins un quart d'heure.

Dans les cas ordinaires, le malade peut se donner l'injection lui-même ; et bien qu'un simple bock-laveur puisse être employé à cet usage, il y a toutefois grand avantage à se servir d'un appareil désigné spécialement à cet effet. Pour prendre aisément soi-même un lavement d'huile, il faut que la douche remplisse les conditions suivantes :

a. Elle doit être faite d'un métal de mince épaisseur, pour que l'huile qu'elle contient puisse être facilement chauffée au bain-marie.

b. Une marque sur la douche doit correspondre à une contenance d'un demi-litre.

c. Le robinet ou le fermoir-compresseur, placé à courte distance de l'extrémité du tube, pourra se manier d'une seule main.

d. L'orifice de la sonde sera plus large que celui que présentent les enema ordinaires.

La figure 7 représente l'appareil complet. La douche (A) de métal mince contient un peu plus d'un litre ; elle est pourvue d'une marque (B) qui indique une contenance de 250 grammes. Son tube (C) porte près de son extrémité un fermoir-compresseur (D), et se termine par une canule spéciale (E).

Avec un appareil semblable, le malade pourra sans peine et sans aucun aide se donner à lui-même une injection ; mais comme chacun n'a pas la même dextérité, l'expérience nous montre qu'il est prudent de donner communément à tous des instructions précises et détaillées sur les différentes étapes de l'opération.

La marche que nous donnons à suivre d'habitude au patient est la suivante :

1. S'assurer que le fermoir est abaissé, comme dans la figure 7.

2. Remplir la douche avec de l'huile d'olive jusqu'au trait B.

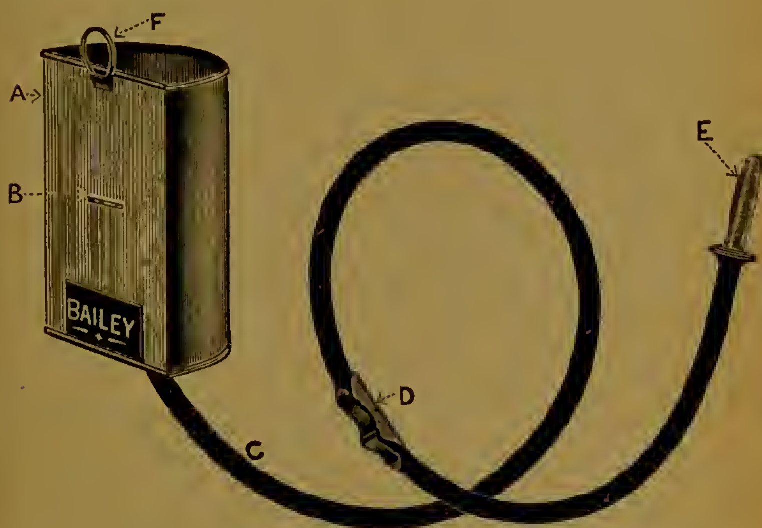


Fig. 7. — Douche pour lavement d'huile. (Bailey et Son, Oxford Street, London.)

3. L'immerger dans un bassin d'eau chaude jusqu'à ce que l'huile devienne tout à fait tiède.

4. Placer un lit parallèlement au mur de la chambre et fixer dans ce mur un crochet à $0^{m},75$ au-dessus du lit.

5. Suspendre la douche au crochet.

6. Se coucher sur le lit la face tournée vers le mur.

7. De la main droite, introduire la sonde anale et

ouvrir le fermoir. Tout ce travail ne demande aucune aide. Lorsque l'huile s'est entièrement écoulée, rabaisser le fermoir et entrer aussitôt dans le lit.

L'on doit se rappeler que cette injection doit toujours être prise le soir.

Près de 250 grammes d'huile suffisent pour un adulte et 60 à 80 grammes pour un enfant, suivant l'âge. On gardera cette huile aussi longtemps que possible, et si l'injection est donnée au moment où l'on se couche, l'intestin n'entrera souvent pas en action avant le matin suivant. Les bons effets d'une injection persistent ordinairement plusieurs jours, souvent toute une semaine, et pendant cette période, le malade a des gardes-robes quotidiennes. Quand son action n'est que passagère, on en donne une seconde. Dans un cas où l'on désire obtenir un effet maximum, ces lavements seront renouvelés chaque jour. Quelquefois, il arrive que l'huile prise agit comme une purgation inattendue. Il est alors probable que quelques mouvements péristaltiques exagérés entraînent le long de l'intestin un excès de bile et de suc pancréatique qui, arrivés au contact de l'huile, forment avec elle des savons d'une nature irritante.

Il est sage, lorsqu'on prescrit des lavements d'huile, d'administrer de temps à autre une large injection alcaline.

Le cas suivant est un exemple du résultat que l'on peut obtenir par les lavements d'huile chez la moyenne des malades :

Clinique du docteur G. Herschell. — Mme G..., âgée de trente-quatre ans, vient me consulter en mars 1898, Elle souffrait depuis plusieurs années de constipation habituelle, et depuis quelque temps, elle n'avait jamais d'évacuation sans avoir pris un purgatif. En dernier lieu, il lui fallait rien moins qu'une pilule de 60 centigrammes de colocynte et d'hyoscyamus pour obtenir une selle.

A l'examen, je trouvais des masses stercolales dans le cæcum et le côlon descendant. Le rectum était aussi bloqué par les matières. Le traitement consista au début en larges douches intestinales qui entrainèrent une grande abondance de fèces. Aussitôt que le gros intestin fut complètement vidé, je commençai un traitement journalier avec application locale sur l'abdomen des courants à interruption lente émanant d'une bobine primaire à gros fil. En même temps je lui enseignai à pratiquer des exercices quotidiens propres à renfoncer les muscles abdominaux. Comme les intestins restaient inactifs après la sixième application, on administra une seconde douche abondante. Le onzième jour du traitement, on lui fit prendre au moment de se coucher une injection d'huile d'un demi-litre. Elle avait une garde-robe le lendemain matin, ainsi que les deux jours suivants. Pendant deux jours encore on ne donnait pas de lavements, mais les selles ayant fait défaut, je faisais prendre une autre injection d'huile. Le malade eut pendant toute une semaine une évacuation quotidienne. Pendant les trois jours qui suivirent, les intestins ne fonctionnèrent pas, et j'essayai d'un grand lavement de plus de deux litres d'eau à 30° centigrade, contenant un peu de bicarbonate de soude. Trois jours après, elle allait à la garde-robe naturellement, et de même le lendemain. Je donnai encore un lavement d'huile, et une exonération à peu près quotidienne s'en suivit pendant

une quinzaine. Dans le courant du traitement qui suivit et dont la durée fut d'environ trois mois, la malade prit trois autres injections d'huile. Les fonctions intestinales s'accomplirent ensuite avec régularité, et il n'y eut plus nécessité d'intervenir. Le seul médicament que je donnai à prendre par la bouche fut un peu de noix vomique.

Du pronostic dans les cas de constipation grave et ancienne.

Peut-on espérer une guérison définitive ? Nous pouvons répondre : « Alors que presque tous les cas seront fortement améliorés, un grand nombre d'entre eux pourront guérir totalement s'ils sont soumis à un traitement approprié et d'une durée suffisante. » La majorité des malades qui viennent nous consulter attendent de nous une prescription magique qui rendra aussitôt à leur intestin son bon fonctionnement, ou bien ils voudraient pouvoir se procurer un appareil galvanique ou vibrateur dont ils pourraient se servir eux-mêmes ou avec un aide inexpérimenté. Cela n'est guère possible et il est certain que pour guérir une constipation habituelle grave, il est absolument nécessaire que le traitement galvanique ou mécanique soit appliqué par un praticien spécialement instruit non seulement sur la pratique des méthodes qu'il emploie, mais encore sur leur application aux cas de cette nature. Le traitement, en règle générale, devrait être mené par le docteur lui-

même et non pas être confié à un aide ou à un masseur. Il est tout ce qu'il y a de plus nécessaire qu'il en soit ainsi, puisqu'il y a obligation absolue pour le médecin de régler et de contrôler souvent jour par jour les effets produits par la médication, la diète et les autres mesures auxquelles il y a soumis son malade. Ce n'est qu'en agissant ainsi qu'il peut espérer soulager de manière durable ces affections dites intraitables. Si le malade ne nous permet pas de le diriger à notre guise et s'il ne peut être amené à nous donner toutes les commodités nécessaires, il vaut mieux ne pas le prendre sous notre direction ; il serait en effet désappointé et l'on accuserait à tort notre traitement. Que de fois l'on observe une rechute chez les malades qui, dans leur propre sagesse, ont délaissé le traitement aussitôt qu'ils commençaient à en tirer un bénéfice réel. La reconstitution d'un tissu malade ne s'opère que par un lent processus et le tube gastro-intestinal n'échappe pas à cette règle.

En terminant cette esquisse brève et incomplète de ce sujet fort important et plein d'intérêt, nous ne pouvons que chercher à fixer dans l'esprit du lecteur la conclusion qui se détache nettement de cet ouvrage : — Tous les cas de constipation qui, dans la pratique, viennent s'offrir à notre observation, ne doivent pas être examinés à la légère et congédiés avec le laxatif routinier ; faisons d'eux, au contraire, le sujet d'une étude très attentive. Dans *tous* les cas,

alors même qu'ils ne présentent que des crises légères, il nous faut rechercher soigneusement la cause. Nous pourrons ainsi préserver notre malade de dangers futurs, pendant que nous augmenterons grandement son bien-être présent.



INDEX

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY